



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

NOME DO TITULAR	MATRÍCULA
LOTAÇÃO	RAMAL
NOME DO DEPENDENTE	PARENTESCO

IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR DE SERVIÇO

NOME OU RAZÃO SOCIAL	CPF/CNPJ
ENDEREÇO	TELEFONE

REEMBOLSO SOLICITADO

VALOR	N. DE ANEXOS	LOCAL E DATA	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
-------	--------------	--------------	----------------------------

DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR

BANCO	AGÊNCIA	CONTA
-------	---------	-------

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

EVENTO	CÓDIGO	EVENTO	CÓDIGO
Consultas	1 e 2	Fisioterapia domiciliar	1, 2, 3, 7 e 10
Exames (laboratório/radiologia/US/CT/ressonância)	1, 2 e 3	Tratamento seriado (psicologia, fonoaudiologia e psiquiatria, terapia ocupacional)	1, 2, 8 e 10
Atendimento ambulatorial/pequeno ato médico	1, 2, 3 e 4	Tratamento seriado (acupuntura, ortoptia)	1, 2, 3, 7 e 10
Atendimento ambulatorial/pequeno ato cirúrgico	1, 2, 3, 4 e 7	Tratamento seriado (fisioterapia, equoterapia, hidroterapia, pilates, iso-stretching, condicionamento aeróbico, RPG)	1, 2, 3, 9 e 10
Internação clínica	1, 2, 3, 4, 5 e 7	Tratamento odontológico	1, 2, 12, 13 e 14
Internação cirúrgica	1, 2, 4, 6, 7 e 11	Tratamento odontológico/emergência	1, 2, 12 e 14
UTI Móvel (observada a Port. Presi/Secbe 187/2014)	1, 2, 3 e 4		

CODIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS

1	Formulário para solicitação de reembolso preenchido e assinado
2	Recibo ou nota fiscal (original e cópia)
3	Prescrição ou justificativa médica
4	Detalhamento das despesas, com os valores unitários e total
5	Relatório médico-clínico, constando as datas das visitas realizadas
6	Relatório cirúrgico, constando procedimento(s), equipe cirúrgica e data da cirurgia
7	Autorização prévia do serviço médico, médico auditor ou junta médica
8	Autorização prévia da Seção de Psicologia
9	Autorização prévia da Seção de Fisioterapia
10	Comprovante de presença ou controle de sessões
11	Boletim de anestésias
12	Guia de tratamento odontológico - GTO
13	Perícia inicial - tratamentos acima de R\$1.000,00
14	Perícia final - tratamentos acima de R\$1.000,00

AUTENTICAÇÃO DO PRO-SOCIAL

Recebemos de _____, matrícula _____, a solicitação de reembolso de despesa médico/odontológica/hospitalar para si mesmo (a) ou dependente _____. Recibo/nota fiscal emitido(a) em _____. Valor R\$ _____.

Prestador: _____.