

**REQUERIMENTO DE REEMBOLSO****DADOS DO SOLICITANTE (TITULAR)**

Nome completo do titular:		Data de nascimento: / /
Número da matrícula:	Plano:	

DADOS DO BENEFICIÁRIO (GERADOR DA DESPESA)

Nome completo do beneficiário:		Data de nascimento: / /
Número da matrícula:	Plano:	
E-mail:	Telefones:	

Endereço do solicitante:

Rua:	N.º	
Bairro:	Cidade:	CEP:
Solicito, conforme Regulamento da CAMPERJ, o reembolso da importância de R\$ _____ correspondente às despesas com o(s) tratamento(s) abaixo especificados(s):		
<input type="checkbox"/> Consultas médicas <input type="checkbox"/> Internações <input type="checkbox"/> Exames e terapias <input type="checkbox"/> Outras despesas		
Recebeu reembolso de outro plano de saúde? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual a operadora?		

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

TIPO DE PROCEDIMENTO	DATA	NÚMERO DO RECIBO OU NOTA FISCAL	VALOR

ORIENTAÇÕES

- Para análise e pagamento do reembolso é imprescindível a entrega dos comprovantes de pagamento e da documentação necessária para cada tipo de atendimento, que está disponível no verso deste formulário, como também no site da CAMPERJ, com acesso por meio do link <https://www.camperj.com.br/pdf/formulario-checklist-reembolso.pdf>
- As notas fiscais e os recibos e devem estar datados e assinados, com o nome do profissional, CPF e registro do profissional, discriminando o nome do paciente e o tipo de serviço prestado.

DATA E ASSINATURA DO SOLICITANTE

Data: / /	Assinatura:
--------------	-------------

RECEBIDO POR

Data: / /	Assinatura:
--------------	-------------



CONSULTA MÉDICA
<ol style="list-style-type: none">1. Nota fiscal ou recibo (deve conter nome do paciente, data e município do atendimento, nome, carimbo, assinatura, CPF, CRM e especialidade do médico).2. Em casos de reconsulta médica no prazo inferior a 15 (quinze) dias ou para atendimento em domicílio, necessário relatório médico com justificativa.
TRATAMENTO SERIADO (fonoaudiologia, psicoterapia, fisioterapia, etc)
<ol style="list-style-type: none">1. Nota fiscal ou recibo (deve conter nome do paciente, data e município do atendimento, nome, carimbo, assinatura, CPF e conselho do profissional, quantidade e datas das sessões);2. Encaminhamento médico com indicação clínica (deve ser emitido por profissional médico).
EXAMES LABORATORIAIS
<ol style="list-style-type: none">1. Nota fiscal (deve conter nome do paciente, data do atendimento, nome de cada exame realizado com seu valor unitário);2. Pedido médico com indicação clínica.
EXAMES DE IMAGEM (RX, TC, RM, Ultras, etc)
<ol style="list-style-type: none">1. Nota fiscal (deve conter nome do paciente, data do atendimento, nome de cada exame realizado com seu valor unitário);2. Pedido médico com indicação clínica.
TERAPIAS (diálise, quimioterapia, radioterapia)
<ol style="list-style-type: none">1. Nota fiscal ou recibo (deve conter nome do paciente, data e município do atendimento, nome, carimbo, assinatura, CPF e conselho do profissional, quantidade e datas das sessões);2. Relatório médico (deve conter diagnóstico, descrição e justificativa para o tratamento, histórico de tratamento já realizados e planejamento terapêutico).
VACINAS
<ol style="list-style-type: none">1. Nota fiscal (deve conter nome do paciente, data do atendimento, nome de cada vacina com seu valor unitário);2. Pedido médico com indicação clínica.
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (cirurgias de pequeno porte, atendimento de emergência, etc)
<ol style="list-style-type: none">1. Nota fiscal ou recibo (deve conter nome do paciente, data e município do atendimento, descrição do atendimento);2. Relatório médico (diagnóstico, justificativa médica, detalhamento dos procedimentos realizados; caso haja cobrança de material e medicamento deve estar detalhado o valor unitário de cada item).3. Para vasectomia/laqueadura: anexar documento escrito e firmado, com o consentimento expresso.
HONORÁRIOS MÉDICOS
<ol style="list-style-type: none">1. Nota fiscal ou recibo (deve conter nome do paciente, data e município do atendimento, nome, carimbo, assinatura, CPF, CRM e especialidade do médico);2. Relatório médico;3. Descrição do Ato cirúrgico;4. Folha do anestesista.
VISITAS MÉDICAS HOSPITALARES
<ol style="list-style-type: none">1. Nota fiscal ou recibo (deve conter nome do paciente, data e município do atendimento, nome, carimbo, assinatura, CPF, CRM e especialidade do médico);2. Relatório médico (deve conter diagnóstico, quantidade e datas dos atendimentos).
DESPESAS HOSPITALARES
<ol style="list-style-type: none">1. Nota fiscal ou recibo (deve conter nome do paciente, data e município do atendimento, descrição do atendimento);2. Conta/fatura hospitalar (discriminação de todos os itens cobrados, com seu valor unitário, data da internação e da alta hospitalar).