

# SOLICITAÇÃO 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):

Consultas médicas  Internações  Exames e terapias  Outras despesas

Recebeu reembolso de outro plano de saúde?  Não  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:
--------------	-------------

# SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

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

