

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE DESPESAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO TITULAR:

Nome do Associado:

Matrícula: Endereço:

Nº:

Complemento: Cidade: UF:

CEP: Telefones: () ()

E-mail:

Banco:	Agência:	Conta:	Conta Corrente () Conta Poupança ()
--------	----------	--------	--

Conforme regulamento do Plano de Assistência Médica (Art. 39, 40 e 41), solicito reembolso de despesas efetuadas conforme discriminado:

2. MOTIVO DO REEMBOLSO:

Falta de rede

Livre escolha

3. PROCEDIMENTO REALIZADO:

Consulta

Exame

Terapia/Fisioterapia

Cirurgia

Internação/Despesas Hospitalares

Nome do prestador de serviços:

Nome do beneficiário que utiliza o serviço:

Grau de parentesco c/ o titular:

Número da Nota Fiscal:

Valor pago pelo beneficiário (R\$):

Observações:

4. PAGAMENTO:

O pagamento do reembolso será creditado exclusivamente na conta do beneficiário titular do plano, cadastrada no sistema da Casembrapa ou informados neste formulário, desde que sejam os dados bancários do titular do plano.

Os dados bancários atualizados em razão deste formulário serão armazenados em nosso sistema e substituirão qualquer outro dado que eventualmente tenha sido informado anteriormente.

O crédito do reembolso será realizado até 30 (trinta) dias após o recebimento da documentação completa pela Casembrapa.

Declaro que os dados bancários informados são de minha titularidade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos.

5. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

CONSULTA MÉDICA: 1. Nota fiscal ou recibo (com nome do paciente; carimbo, assinatura e CPF do médico que prestou o atendimento; especialidade consultada).

CONSULTA COM DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE (EX: PSICÓLOGO, FONOAUDIÓLOGO): 1. Nota fiscal ou recibo (nome do paciente; carimbo, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento; especialidade consultada); 2. Encaminhamento médico com indicação para a especialidade.

TRATAMENTOS SERIADOS (EX: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA): 1. Nota fiscal ou recibo (nome do paciente; carimbo, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento; data de realização das sessões); 2. Relatório médico com indicação clínica (casos de primeiro pedido ou se o último relatório tiver sido emitido há mais de 180 dias); 3. Relatório do terapeuta contendo programação e número de sessões indicadas. 4. controle de atendimentos assinado pelo beneficiário com as datas dos atendimentos realizados.

EXAMES SIMPLES (EX: LABORATORIAIS, ECOGRAFIA): 1. Nota fiscal (nome do paciente; descrição dos procedimentos realizados, com a indicação de quantidade e valores individuais); 2. Pedido médico com indicação para o procedimento.

EXAMES ESPECIALIZADOS (EX: TOMOGRAFIA, CINTILOGRAFIA): 1. Nota fiscal (nome do paciente; procedimentos e códigos dos exames realizados com a indicação da quantidade e valores individuais); 2. Relatório médico com justificativa do procedimento.

ATENDIMENTOS OU INTERNAÇÕES HOSPITALARES (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA): 1. Nota fiscal (conta com nome do paciente; descrição dos procedimentos, taxas, diárias, materiais, medicamentos e precificação por item); 2. Relatório do médico assistente com a justificativa para o atendimento em caráter de urgência/emergência, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica, necessidade da intervenção de outros profissionais, quando for o caso, e outras informações pertinentes; 3. Cópia de laudos de exames que contribuíram para o diagnóstico que consta no pedido médico; e 4. Cópia da conta hospitalar com indicação dos itens que a compõem e seus valores: (diárias, taxas, materiais, medicamentos, exames e demais serviços).

HONORÁRIOS MÉDICOS: 1. Nota fiscal ou recibo (carimbo, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento); 2. Relatório médico; 3. Códigos dos procedimentos realizados; 4. Cópia do boletim anestésico; 5. Cópia do descritivo cirúrgico.

A solicitação de reembolso deve ser realizada por meio deste formulário que deve ser encaminhado juntamente com a documentação comprobatória para o endereço eletrônico: **reembolso@casembrapa.org.br**.

DECLARO ESTAR CIENTE DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA A SOLICITAÇÃO DO REEMBOLSO E QUE ME RESPONSABILIZO PELAS INFORMAÇÕES E TEOR DESTES DOCUMENTOS.

Local

Data

Assinatura do Requerente

CNPJ: 08.097.092/0001-81 **Razão Social:** CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA

Nº de Registro ou Código do Plano: 456.933/08-4

Nome comercial do Plano: Plano de Assistência da Embrapa

Data de Registro: 28/03/2008

Contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Abrangência Geográfica: Nacional