

## DOCUMENTOS PARA REEMBOLSO POR TIPO DE SERVIÇOS

### CONSULTA MÉDICA

- Nota Fiscal com CNPJ do estabelecimento ou Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços onde devem constar:
  - Nome completo do beneficiário atendido e CPF.
  - Data de realização da consulta médica.
  - Discriminação do serviço realizado (especialidade).
  - Valor cobrado (numérico e extenso).
  - Nome, CPF, CRM, especialidade e assinatura do médico.
  - Endereço do local de atendimento.

### EXAMES LABORATORIAIS E RADIOLÓGICOS

1. Pedido Médico onde devem constar:
  - Nome completo do paciente.
  - Data de emissão do documento.
  - Nome completo e assinatura do médico solicitante.
  - Nome de cada exame e justificativa para respectiva solicitação.
2. Nota Fiscal original com CNPJ do estabelecimento contendo:
  - Nome completo do paciente.
  - Endereço completo e telefone do local de atendimento.
  - Valor total cobrado (numérico e extenso).
  - Data da realização dos exames.
  - Nome de cada exame realizado e respectivos valores unitários.

Para Exame de Imagem: Deve constar a região examinada e, se for o caso, descrição dos materiais e medicamentos com valores unitários. Exemplo: Raios-X; Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética, etc.

### TERAPIAS I – FISIOTERAPIA

1. Nota Fiscal com CNPJ do estabelecimento ou Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços onde devem constar:
  - Nome completo do paciente atendido e CPF.
  - Endereço completo e telefone do local de atendimento.
  - Datas, quantidades e valores individuais das sessões.
  - Nome completo do Prestador de Serviço, CPF e CREFITO ou CRM.
  - Assinatura do profissional que realizou a terapia.
2. Relatório Médico, datado e assinado onde devem constar:
  - Nome completo do paciente.
  - Diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do paciente.
  - Descrição e Justificativa para a terapia indicada.

- Planejamento terapêutico (quantidade de sessões programadas e período de tempo).
3. Laudo do exame de imagem realizado relacionado à patologia, se houver.

### **Observações:**

A Fisioterapia só é coberta quando justificada e indicada por profissional médico registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM.

Para reembolso de fisioterapia, há um limite de dez sessões mensais. Para pilates, o limite é de duas sessões semanais.

### **TERAPIAS II – FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOTERAPIA, ACUPUNTURA, NUTRIÇÃO E FOTOTERAPIA**

1. Nota Fiscal com CNPJ do estabelecimento ou Recibo original em formulário próprio do prestador de serviços, adicionados dos dados abaixo.
  - Nome completo do paciente atendido e CPF.
  - Endereço completo e telefone do local de atendimento.
  - Datas, quantidades e valores individuais das sessões.
  - Nome completo do Prestador de Serviço, CPF e número de inscrição no respectivo Conselho Regional, CRP, CRM, CRFa, CRN.
  - Assinatura do profissional que realizou a terapia.

Para reembolso de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicoterapia e acupuntura, há um limite de dez sessões mensais.

A Acupuntura só é coberta quando realizada por profissional médico ou profissional habilitado para o procedimento na área da saúde.

### **HONORÁRIOS MÉDICOS – CIRURGIAS E VISITAS MÉDICAS**

1. Nota Fiscal com CNPJ do Prestador de serviço contendo:
  - Informação individualizada dos profissionais que atuaram na cirurgia.
  - Detalhamento da posição cirúrgica (Cirurgião Principal, 1º Auxiliar, Anestesiista, Instrumentador).
  - Nome Completo do paciente atendido e CPF.
  - Data de realização do procedimento.
  - Valor cobrado (numérico e extenso)
  - Nome do Prestador e endereço completo e telefone do local de atendimento.
  - CRM, Especialidade e Assinatura do profissional.
2. Cópia do descritivo cirúrgico.
3. Cópia do boletim anestésico.
4. Relatório médico datado e assinado onde devem constar:
  - Nome do Paciente;
  - Diagnóstico;
  - Etiologia (causa da doença);
  - Tempo de evolução da doença;

- Tratamento realizado;
- Data da cirurgia, período de internação e local de internação;

#### **Observações:**

No caso das **visitas médicas**, devem ser informadas a especialidade do Prestador, a quantidade e as datas das visitas cobradas, bem como a cópia das evoluções médicas diárias.

**Parto cesárea:** enviar partograma ou relatório médico acompanhado do "Termo de Consentimento Livre", assinado pela beneficiária;

**Laqueadura e Vasectomia:** obrigatório enviar o "Termo de Esterilização Voluntária".

Cada profissional deverá emitir a cobrança individualizada referente aos seus honorários, no caso de recibo (prestador pessoa física).

No caso de participação de mais de um profissional no ato cirúrgico ou realização simultânea de procedimentos distintos por duas equipes cirúrgicas, o beneficiário deve entregar todos os documentos em um mesmo momento em uma única solicitação de reembolso.

#### **QUIMIOTERAPIA, RADIOLOGIA, DIÁLISE E HEMODIÁLISE**

1. Nota Fiscal original com CNPJ do estabelecimento, contendo:
  - Nome Completo do paciente atendido e CPF.
  - Endereço completo e telefone do local de atendimento.
  - Data do atendimento e/ou período de internação.
  - Fatura com descrição das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individuais.
  - Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores e quantidades individuais.
  - Datas e quantidades de sessões realizadas.

Além dos dados acima, enviar:

##### a) Para sessões de Quimioterapia

- Relatório Médico, datado e assinado onde devem constar: Nome completo do paciente, diagnóstico da doença e quadro clínico atual do paciente;
- Cópia do laudo da biópsia (anatomopatológico);
- Estadiamento com cópia de exames pertinentes;
- Plano de tratamento;
- Esquemas quimioterápicos previamente utilizados.

##### b) Para sessões de Diálise e Hemodiálise

- Relatório Médico, datado, assinado e carimbado onde devem constar: Nome completo do paciente, diagnóstico da doença e justificativa para o tratamento realizado.
- Cópia da Ficha de controle assinada pelo paciente ou responsável.
- Laudos de exames que subsidiaram o diagnóstico.

##### c) Para sessões de Radioterapia

- Relatório Médico, datado, assinado e carimbado onde devem constar: Nome completo do paciente, diagnóstico da doença e quadro clínico atual do paciente e técnica utilizada.
- Cópia do laudo da biópsia (anatomopatológico).
- Cópia da ficha técnica.

## **INTERNAÇÕES – DESPESAS HOSPITALARES**

1. Nota Fiscal original com CNPJ do estabelecimento, contendo:
  - Nome Completo do paciente atendido e CPF.
  - Valor cobrado (numérico e extenso).
  - Data do atendimento e/ou período de internação.
2. Fatura com discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com quantidade e valores individuais, contendo:
  - Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores e quantidades individuais.
  - Materiais especiais, órteses e próteses: Informar marca, modelo e fabricante e registro ANVISA.
3. Relatório Médico, datado, assinado e carimbado onde devem constar:
  - Nome completo do Paciente.
  - Diagnóstico.
  - Tempo de evolução da doença.
  - Tratamento realizado.
  - Justificativa para internação.
  - Cópia do Prontuário Médico, evoluções médicas diárias com a identificação do médico solicitante.
  - Cópia dos laudos dos exames que subsidiaram o diagnóstico.