

Reembolso de Atenção Domiciliar

Informações do titular

Nome completo		Matrícula	
E-mail particular			
E-mail institucional			
Telefone residencial		Telefone celular	

Informações sobre documentação necessária

INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Nota fiscal, sem emendas ou rasuras, emitida há, no máximo, 30 dias, contendo: 1) nome do beneficiário inscrito no Programa; 2) descrição dos serviços; 3) valores unitários e total; 4) atesto firmado pelo beneficiário ou responsável quanto à efetiva prestação do serviço.	Relatório emitido pelo médico assistente da empresa, contendo: 1) evolução do tratamento; 2) prescrição do plano terapêutico; 3) datas das visitas.
---	--

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Nota fiscal, sem emendas ou rasuras, emitida há, no máximo, 30 dias, contendo: 1) nome do beneficiário inscrito no Programa; 2) descrição dos serviços e quantitativo dos serviços (número de sessões, visitas); 3) valores unitários e total; 4) atesto firmado pelo beneficiário ou responsável quanto à efetiva prestação do serviço. ① No caso de recibo, deverão constar também nome, especialidade, número da inscrição no respectivo conselho profissional, CPF, carimbo e assinatura do profissional.	Relatório emitido pelo profissional que atende o beneficiário, contendo: 1) atividades diárias desenvolvidas; 2) evolução do tratamento; 3) intercorrências, se houver; 4) datas das sessões/visitas.
--	---

① A nota fiscal ou o recibo somente serão aceitos se emitidos há, no máximo, trintas dias, nos termos do [AD 72/2017](#).
① O titular, ou seu responsável legal, deverá realizar previamente a [inscrição do beneficiário](#) para usufruir dos serviços do Programa.

Informações do pedido de reembolso

Beneficiário atendido	Modalidade	Valor R\$	Nº da NF ou Recibo	Data da NF ou Recibo
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			

Solicito reembolso da(s) despesa(s) acima discriminada(s), encaminhando a documentação necessária para habilitar-me ao reembolso e estou ciente dos [normativos vigentes](#).

Local e Data:

Assinatura do titular: