

## REQUERIMENTO PARA RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES

Preenchimento das informações:

NOME DO TITULAR		MATRÍCULA		
DEPENDENTE		EMPRESA		
BANCO CÓDIGO	DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR AGÊNCIA CÓDIGO		CONTA CORRENTE	
			TELEFONE	
TIPO DE RESSARCIMENTO				
CONSULTA		EXAME COMPLEMENTAR		DESPESA HOSPITALAR
TRATAMENTO				
1	PROFISSIONAL/ENTIDADE	CPF/CNPJ	CRM	ESPECIALIDADE
2	PROFISSIONAL/ENTIDADE	CPF/CNPJ	CRM	ESPECIALIDADE
3	PROFISSIONAL/ENTIDADE	CPF/CNPJ	CRM	ESPECIALIDADE
JUSTIFICATIVA DO RESSARCIMENTO				
SITUAÇÃO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA		ATENDIMENTO REALIZADO FORA DO DOMÍLIO		
PARALISAÇÃO OU INTERRUÇÃO DA REDE		CONTRATAÇÃO DO SERVIÇO EM REDE DE LIVRE ESCOLHA		
LOCALIDADE NÃO DISPÕE DE REDE DE SERVIÇO		OUTROS: _____		

Declaro para os devidos fins que todas as despesas, objeto deste requerimento, foram efetivamente despendidas comigo ou com o dependente informado, assumindo a responsabilidade pela veracidade das informações fornecidas e documentos anexados.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Local Data Assinatura do requerente

### Preenchimento exclusivo da Fundação Libertas:

NÚMERO DE PROTOCOLO	DATA / /
OBSERVAÇÃO: _____ _____ _____	

# REQUERIMENTO PARA RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES

## Documentação necessária:

### Consultas, Exames e Terapias:

- Recibo (pessoa física) ou nota fiscal (pessoa jurídica), sem rasuras ou ilegível, emitido em nome do titular ou dependente que utilizou o serviço, contendo:
  - Dados do prestador de serviço (nome, endereço, CPF se pessoa física ou CNPJ se pessoa jurídica)
  - N° do CRM (Conselho Regional de Medicina) e especialidade do médico que o atendeu;
  - Data de atendimento
  - Descrição detalhada do serviço prestador
  - Valor do serviço prestado (caso ocorra mais de um procedimento, o valor deverá ser individualizado)
  - Carimbo e assinatura do emitente
- Eventualmente cópia dos resultados dos exames realizados. Em caso de anatomopatológico a apresentação é obrigatória.
- Pedido médico onde conste a solicitação do(s) exame(s)
- Especificamente nos casos de terapias (**Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutricionista**), além dos documentos supracitados, também deverão ser anexados a solicitação de reembolso:
  - Lista de presença em casos de terapia
  - Quantidade e datas das sessões realizadas
  - Relatório médico recente com indicação clínica
  - Laudo do profissional que realiza o atendimento com o histórico e evolução da patologia e do tratamento

### Internações Clínicas ou Cirúrgicas:

#### Despesas Hospitalares:

- Recibo (pessoa física) ou nota fiscal (pessoa jurídica) cópia (Xerox), sem rasuras e legível, emitido em nome do participante que utilizou o serviço, contendo:
  - Dados do prestador de serviço (nome, endereço e CNPJ)
  - Data de atendimento
  - Carimbo e assinatura do emitente
  - Conta hospitalar detalhado e discriminado o valor de cada material e medicamento
- Relatório médico contendo data, quadro clínico, indicação clínica para o(s) procedimento(s) realizado(s) e descrição dos procedimentos realizados.

#### Honorários Médicos:

- Recibo (pessoa física) ou nota fiscal (pessoa jurídica) original, sem rasuras, emitido em nome do participante que utilizou o serviço, contendo:
  - Dados do prestador de serviço (nome, endereço e CNPJ);
  - N° do CRM (Conselho Regional de Medicina) do médico que o atendeu;
  - Data de atendimento;
  - Descrição detalhada do serviço prestado, inclusive a atuação do profissional (cirurgião, auxiliar, anestesista);
  - Valor do serviço prestador (caso ocorra mais de um procedimento, o valor deverá ser individualizado);
  - Carimbo e assinatura do emitente;
- Relatório médico detalhado especificando o(s) atendimento(s)/procedimento(s) realizado(s).

**IMPORTANTE: Não será aceito Cupom Fiscal como comprovante de pagamento.**