

▶ **REQUERIMENTO PARA RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES**

**IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Nome do Titular:	Matrícula:	
Dependente:		
Empresa:	Telefone:	
Banco Código:	Agência Código:	Conta Corrente:

**TIPO DE RESSARCIMENTO**

Consulta       Exame Complementar       Despesa Hospitalar       Tratamento

Profissional/Entidade	CPF/CNPJ::	CRM::	Especialidade::
Profissional/Entidade	CPF/CNPJ::	CRM::	Especialidade::
Profissional/Entidade	CPF/CNPJ::	CRM::	Especialidade::

**JUSTIFICATIVA DO RESSARCIMENTO**

Situação de Urgência/Emergência       Atendimento Realizado Fora do Domicílio  
 Paralisação ou Interrupção 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: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do Participante

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS:**

Número de Protocolo:	Data:
----------------------	-------

Observação: \_\_\_\_\_

### 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);
  - Nº 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 detalhada e discriminada 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);
  - Nº 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 prestado (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.**