

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.