

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

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

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.

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS

Como participante do Plano Previdencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano previdencial ora formalizada, disponha dos meus dados pessoais e, eventualmente dados pessoais sensíveis, desde que necessários, bem como de meus dependentes porventura inscritos, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018, podendo tal consentimento ser revogado a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades específicas constantes deste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

Autorizo ainda, especificamente, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, o tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes eventualmente inscritos como beneficiários no plano previdencial.

ASSINATURA

As Partes, inclusive suas testemunhas, reconhecem a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais ou informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-Brasil, conforme disposto pelo artigo 10, da Medida Provisória nº 2.200/2001, em vigor no Brasil.

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);
 - 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.