

## IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome do Titular:

Matrícula:

Dependente:

Telefone:

Empresa:

E-mail:

Banco Código:

Agência Código:

Conta Corrente:

## TIPO DE RESSARCIMENTO

- Consulta     Exame Complementar     Despesa Hospitalar     Tratamento

## 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 assistencial, autorizo expressamente que a Fundação Libertas de Seguridade Social, aqui denominada como CONTROLADORA, em razão da adesão ao plano assistencial 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.

## TRATAMENTO DE DADOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Declaro, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, que **AUTORIZO EXPRESSAMENTE** o tratamento dos dados pessoais da criança/adolescente indicado como beneficiário, nos termos do art. 14 da Lei nº 13.709/2018 (LGPD).

Declaro, ainda, que as informações prestadas são verdadeiras e que possuo poderes legais para conceder este consentimento.

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 assistencial.

## ASSINATURA

As Partes, 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 Beneficiário

## PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS

Número de Protocolo:

Data:

Observação:

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Consultas, Exames e Terapias:

- RECIBO ELETRÔNICO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - RECEITA SAÚDE (pessoa física) ou NOTA FISCAL (pessoa jurídica) emitido em nome do titular ou dependente que utilizou o serviço, contendo:
  - Nome e CPF do beneficiário;
  - Nome e CPF do responsável pelo pagamento (quando aplicável)
  - Dados do prestador de serviço (nome, endereço, CPF se pessoa física ou CNPJ se pessoa jurídica);
  - Nº do Conselho Profissional e especialidade do médico que o atendeu;
  - Data da emissão
  - Data do pagamento
- Descrição detalhada do serviço prestador ou relatório complementar feito pelo profissional com a descrição do atendimento;
- Valor do pagamento
  - Caso ocorra mais de um procedimento, o valor deverá ser individualizado);
  - Caso haja mais de um pagamento relativo a uma mesma prestação de serviços, deverá ser emitido um recibo/NF para cada pagamento realizado.

- Eventualmente cópia dos resultados dos exames realizados. Em caso de anatomopatológico a apresentação é obrigatória.
- Pedido médico onde conste a solicitação do(s) procedimento(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;
  - Pedido/encaminhamento médico recente com indicação clínica;
  - Laudo do profissional que realiza o atendimento com o histórico e evolução da patologia e do tratamento (após 180 dias de tratamento).

**Internações Clínicas ou Cirúrgicas:**

Despesas Hospitalares:

- RECIBO ELETRÔNICO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - RECEITA SAÚDE (pessoa física) ou NOTA FISCAL (pessoa jurídica) emitido em nome do titular ou dependente que utilizou o serviço, contendo as informações mencionada acima no item: Consultas, Exames e Terapias
- Conta hospitalar detalhado e discriminado o valor de cada material e medicamento.
- Relatório/Pedido médico contendo data, quadro clínico, indicação clínica para o(s) procedimento(s) realizado(s) e descrição dos procedimentos realizados.

**Honorários Médicos:**

- RECIBO ELETRÔNICO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - RECEITA SAÚDE (pessoa física) ou NOTA FISCAL (pessoa jurídica) emitido em nome do titular ou dependente que utilizou o serviço, contendo as informações mencionada acima no item: Consultas, Exames e Terapias
- 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);
- Caso haja mais de um pagamento relativo a uma mesma prestação de serviços, deverá ser emitido um recibo para cada pagamento realizado
- Relatório médico detalhado especificando o(s) atendimento(s)/procedimento(s) realizado(s).

**IMPORTANTE:**

- NÃO SERÁ ACEITO NENHUM DOCUMENTO DIFERENTE DA NOTA FISCAL OU RECIBO ELETRÔNICO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - RECEITA SAÚDE, COMO COMPROVANTE DE PAGAMENTO.
- A operadora deverá concluir a análise e efetuar o pagamento do reembolso (se aplicável) no prazo máximo de 30 dias, contados da data da solicitação de reembolso pelo beneficiário, estando a documentação completa.