



Data de entrega: ____/____/____

Recebido por: _____

() RN 259

Formulário para reembolso de despesas médicas PASA

(Preencher somente com os dados do titular)

Nome completo do associado / titular: _____

Plano: _____ Matrícula: ____/____/____ - _____ CPF: _____

Telefones de contato: _____ ou _____ Ass.: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

E-mail de contato: _____

OBS1.: O reembolso será creditado somente na conta corrente do titular. Caso o mesmo não possua conta bancária, o reembolso será realizado através de Ordem de Pagamento no Banco do Brasil S.A . (Ordem de pagamento com autorização do gerente financeiro)

Usuário do procedimento:

() Titular () Dependente () Agregado

Se dependente ou agregado, preencher dados abaixo:

Nome completo: _____

CPF (obrigatório para maiores de 12 anos): _____

Itens para preenchimento do Empregado PASA - **DADOS PARA REEMBOLSO**

Doc.	Cód. Benef.	CPF / CNPJ do prestador de serviço	Data de realização	Cód. do serviço	Risco	Valor apresentado	Valor a ser reembolsado
1							
2							
3							
TOTAL							R\$

OBS2.: Anexar cópia do recibo e documentos complementares.

OBS3.: Todos os campos acima deverão ser corretamente preenchidos, caso contrário este documento será devolvido para o preenchimento total do mesmo.

DADOS DO PRESTADOR

- A** Carimbo com nome, data e nº registro profissional (CRM, CRO, CRP, CRN, CREFITO, CRF ou COREN).
- B** Número do CPF ou CNPJ (para pessoa jurídica, é indispensável a apresentação da nota fiscal e a mesma deverá **OBRIGATORIAMENTE**, ter o carimbo da instituição com CNPJ e assinatura). O recibo é válido apenas para os atendimentos de pessoa física.
- C** Nome do beneficiário ao qual foi prestado o serviço.

<p>1) PROCEDIMENTOS DE PEQUENO RISCO</p> <ul style="list-style-type: none"> Exame: anexar solicitação médica do exame ou o diagnóstico; Procedimento: descrição do procedimento realizado e código da tabela TUSS; Fisioterapia: encaminhamento médico com o tipo de tratamento e laudo do fisioterapeuta. 	<p>3) PROCEDIMENTO DE GRANDE RISCO - TRATAMENTO CIRÚRGICO /INTERNAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Relatório médico com o código TUSS detalhando o tratamento realizado e a justificativa; Relatório da conta hospitalar; Notas Fiscais ou recibos referente aos serviços prestados pela equipe médica.
<p>2) TRATAMENTO COM PSICÓLOGO / FONOAUDIÓLOGO</p> <p>Para fonoaudiologia, apresentar o relatório médico ou do dentista encaminhando o usuário para o tratamento e laudo inicial do profissional, com diagnóstico, tipo de tratamento indicado e sua duração.</p> <p>Obs.: Para tratamento psicológico não é necessário o encaminhamento médico, devendo o beneficiário apresentar o relatório do psicólogo com o diagnóstico e tempo de duração do tratamento.</p>	<p>4) ACUPUNTURA</p> <p>A acupuntura só poderá ser reembolsada quando realizada por profissional médico. Enviar justificativa</p> <p>OBSERVAÇÃO:</p> <p>Para complemento da análise novos relatórios ou documentos poderão ser solicitados.</p>