

1 - IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

NOME		CÓDIGO	
ENDEREÇO		Nº	BAIRRO
CIDADE	UF	CEP	TELEFONE
NOME DO BANCO	CÓDIGO DO BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE

2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME		CÓDIGO	
DATA DO ATENDIMENTO	LOCAL DO ATENDIMENTO (Hospital/Clinica)	CIDADE	UF

3 - JUSTIFICATIVA DO REEMBOLSO

SITUAÇÃO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
 AUTORIZAÇÃO PRÉVIA
 A LOCALIDADE NÃO DISPÕE DE REDE/SERVIÇO
 OUTROS _____

4 - PROCEDIMENTO PARA REEMBOLSO

MÉDICO/CLÍNICA/HOSPITAL	CPF/CNPJ	NR NF/REC	PROCEDIMENTO	VALOR
VALOR TOTAL				

5- DECLARAÇÃO PARA REEMBOLSO

Eu, _____, declaro que fui cientificado e orientado, quanto ao auxílio ora solicitado, desde já sabendo que ele será pago obedecendo aos prazos e limitado aos valores da Tabela APAS, de acordo com as normas internas e análise da documentação apresentada.

_____ de _____ de _____

Local Dia Mês Ano Assinatura do Titular - PM/Pensionista Responsável

6. DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO

- Recibo em nome do dependente ou titular, com a discriminação do atendimento (CID-10) e a data de sua realização, contendo a especialidade, o registro no Conselho de Classe, CPF, carimbo e assinatura do Prestador.
- Nota Fiscal original, contendo CNPJ do hospital, a data e o procedimento realizado;
- Relatório do médico assistente contendo a justificativa da necessidade de internação, bem como, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e outras informações pertinentes, além da necessidade da intervenção de outros profissionais;
- Conta hospitalar com descrição de cada item: diária, taxas, gasoterapia, materiais, medicamentos, exames e demais serviços prestados
- Outros _____

ANÁLISE DE PEDIDO DE REEMBOLSO

PROTOCOLO

7 - CONFERÊNCIA ADMINISTRAÇÃO

DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA

INCOMPLETA

OBSERVAÇÕES:

PARECER

FAVORÁVEL

DESFAVORÁVEL

DATA: / /

Administrador

8 - AUDITORIA MÉDICA

PARECER

FAVORÁVEL

DESFAVORÁVEL

OBSERVAÇÕES:

DATA: / /

Auditor

9 - PROCEDIMENTO PARA REEMBOLSO

NOME DO PROCEDIMENTO	VALOR APRESENTADO	VALOR TABELA	CÓ PARTICIPAÇÃO FRANQUIA	VALOR REEMBOLSADO
DATA: / /	VALOR TOTAL			

10 - DECISÃO

REEMBOLSO

AUTORIZADO

VALOR AUTORIZADO R\$

DATA: / /

NÃO AUTORIZADO

--	--	--	--	--	--	--

VALOR (POR EXTENSO)

JUSTIFICATIVA

TESOUREIRO

PRESIDENTE