



PEDIDO DE REEMBOLSO - PR

PROTOCOLO

Documentos obrigatórios para análise do reembolso

1. Pedido de Reembolso (este documento preenchido).
2. Pedido médico do procedimento assinado.
3. Nota Fiscal do procedimento, contendo:
 - 3.1. Descrição dos itens atendidos individualmente com codificação TUSS dos procedimentos, materiais e medicamentos (com o valor de cada evento).

1 - IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

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

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

ANÁLISE DE PEDIDO DE REEMBOLSO				PROTOCOLO		
6 - CONFERÊNCIA ADMINISTRAÇÃO						
DOCUMENTAÇÃO		☐	COMPLETA		☐	INCOMPLETA
OBSERVAÇÕES:						
PARECER		☐	FAVORÁVEL		☐	DESFAVORÁVEL
DATA: / /		Administrador				
7 - AUDITORIA MÉDICA						
PARECER		☐	FAVORÁVEL		☐	DESFAVORÁVEL
OBSERVAÇÕES:						
DATA: / /		Auditor				
8 - PROCEDIMENTO PARA REEMBOLSO						
NOME DO PROCEDIMENTO		VALOR APRESENTADO	VALOR TABELA	CO PARTICIPAÇÃO FRANQUIA	VALOR REEMBOLSADO	
DATA: / /		VALOR TOTAL				
9 - DECISÃO						
REEMBOLSO		☐ AUTORIZADO	VALOR AUTORIZADO R\$			
DATA: / /		☐ NÃO AUTORIZADO				
VALOR (POR EXTENSO)						
JUSTIFICATIVA						
TESOUREIRO			PRESIDENTE			