

REEMBOLSO COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA DESPESAS MÉDICAS
(procedimento cirúrgico eletivo com internação)

REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS EFETUADAS

Eu, _____, matrícula nº _____,
(Nome do Beneficiário Titular TRT5-Saúde)
solicito o reembolso da verba acima indicada, referente à(s) despesa(s) constantes(s) da(s) nota(s) fiscal(is) e/ou recibo(s) anexo(s), realizada(s) pelo:

Beneficiário Titular

Beneficiário Dependente: _____
() Dependente Legal () Dependente Especial

Conforme **Ato Deliberativo TRT5-Saúde Nº 14, de 02/10/2015**, para requer o reembolso de despesa médica, deve ser observada a apresentação dos documentos comprobatórios abaixo listados por procedimento pretendido, respeitando as seguintes formalidades:

OPÇÃO 1:

REEMBOLSO COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA PARA DESPESAS MÉDICAS
(procedimento cirúrgico eletivo com internação)

Documentos necessários para solicitação de autorização:	Sim	Não
a) Pedido médico com justificativa para o procedimento (relatório), com os códigos TUSS?		
b) Laudo de exames?		
c) Lista de materiais de alto custo (OPME – órtese, prótese e materiais especiais)?		

OBSERVAÇÃO: Após a concessão da autorização e do efetivo desembolso, a solicitação de **REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS EFETUADAS** deverá ser procedida no mesmo PROAD.

OPÇÃO 2:

REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS EFETUADAS

() Declaro que na região não disponho de atendimento que tenha a cobertura da rede credenciada própria do TRT5-Saúde nem da operadora credenciada, nos termos do Ato Deliberativo nº 14 de 02/10/2015, razão pela qual solicito reembolso.

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

I – CONSULTAS realizadas em clínicas ou hospitais (pessoa jurídica):	Sim	Não
a) A nota fiscal é original?		
b) Na nota fiscal, há indicação do serviço prestado?		
c) Na nota fiscal, consta o nome do beneficiário (titular ou dependente)?		

II – CONSULTAS realizadas em consultórios particulares (pessoa física):	Sim	Não
a) O recibo é original?		
b) No recibo, constam CPF e número do registro no respectivo Conselho Profissional?		
c) No recibo, há indicação do serviço prestado?		
d) No recibo, consta o nome do beneficiário (titular ou dependente)?		

III – EXAMES COMPLEMENTARES:	Sim	Não
a) Há indicação médica em receituário próprio?		
b) A nota fiscal é original?		
c) Na nota fiscal, consta discriminação dos exames com valores unitários?		
d) Na nota fiscal, consta o nome do beneficiário (titular ou dependente)?		

IV – SESSÕES DE TRATAMENTO:	Sim	Não
a) Consta pedido médico e especificação do tratamento?		
b) Consta relatório circunstanciado médico?		
c) A nota fiscal (ou recibo) é original?		
d) Consta o quantitativo de sessões realizadas no comprovante de pagamento?		
e) Consta cópia do controle das sessões trazendo o dia e hora que foram realizadas?		

V – SESSÕES DE TRATAMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL:	Sim	Não
a) Consta pedido médico com a especificação do tratamento, relatório médico e quantitativo de sessões realizadas?		
b) A nota fiscal (ou recibo) é original?		
c) Os materiais descartáveis e especiais constam de nota fiscal, discriminados por item, identificados por códigos da tabela SIMPRO, com os respectivos valores na data do atendimento?		
d) Consta cópia do controle das sessões trazendo o dia e hora que foram realizadas?		

VI – DESPESAS HOSPITALARES:	Sim	Não
a) Consta relatório médico circunstanciado?		
b) No relatório consta a indicação da internação e dos procedimentos realizados?		
c) A nota fiscal das despesas é original?		
d) Na nota fiscal, consta o nome do beneficiário (titular ou dependente)?		

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

e) Na nota fiscal, constam datas e horários da internação e da alta hospitalar?		
f) Na nota fiscal, constam o valor individual e total da diária hospitalar, com especificação da acomodação utilizada?		
g) Na nota fiscal, consta a discriminação das taxas de salas e equipamentos utilizados e outros, com os respectivos valores unitários e totais?		
h) Na nota fiscal, constam as especificações dos medicamentos, acompanhada da prescrição médica com a descrição de todos os medicamentos devidamente checados e atestados pela equipe de enfermagem do prestador de serviço, com respectivos valores unitários e totais?		
i) Na nota fiscal, constam as especificações dos materiais descartáveis, discriminados por item e identificados por códigos da tabela SIMPRO, contendo os respectivos valores na data do atendimento?		
j) Na hipótese de reembolso de órtese, prótese e materiais especiais – OPME – há nota fiscal original de compra, com a descrição de cada item e com os valores cotados e autorizados pelo TRT5-Saúde, se for o caso?		

VII – HONORÁRIOS MÉDICOS DE ATENDIMENTO HOSPITALAR:	Sim	Não
a) Consta relatório médico circunstanciado do procedimento realizado?		
b) A nota fiscal é original?		
c) Na nota fiscal, consta o nome do beneficiário (titular ou dependente)?		
d) Na nota fiscal, consta discriminação dos serviços prestados?		
e) Na nota fiscal, constam os nomes e especialidades da equipe de profissionais que prestaram o serviço?		
f) Na nota fiscal, constam os números dos registros dos profissionais nos respectivos Conselhos de Classe?		

VIII – HONORÁRIOS MÉDICOS (pessoa física):	Sim	Não
a) Consta relatório médico circunstanciado?		
b) O recibo é original?		
c) O recibo foi emitido em nome do beneficiário (titular ou dependente)?		
d) No recibo, consta discriminação dos serviços prestados?		
e) No recibo, constam os nomes e especialidades da equipe de profissionais que prestaram o serviço?		
f) No recibo, constam CPF e número dos registros dos profissionais nos respectivos Conselhos de Classe?		

Salvador/BA, ____ / ____ / _____