**NUP:**      **/**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO:**

**URR/NAR:**

**FOP 026.10 – Solicitação de Reembolso de Despesas Médicas/Odontológicas**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO** | | | | | |
| **Nome do Beneficiário (completo e sem abreviação):** | | | | | |
| **CIB:** | **CPF:** | | **Data de Nascimento:**    /    / | | |
| **Telefone Contato:** (    ) | **E-mail:** | | | | |
| **Endereço:** | | | | | |
| **Município:** | **UF:** | | | | **CEP:** |
| **INFORMAÇÕES DOS COMPROVANTE DAS DESPESAS - NOTAS/RECIBOS** | | | | | |
| **Quantidade de Notas/Recibos:** | **Valor Total Apresentado (R$):** | | | | |
| **TIPO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO** | **N° PROTOCOLO ALÇADA (nos casos de reembolso integral)** | | | | |
| **Integral**  **Livre-Escolha** |  | | | | |
| **TIPO DE ATENDIMENTO** | | | | | |
| **Assistencial** | **Urgência/Emergência** | | | **Acidente de Trabalho** | |
| Nota 01: Caso seja selecionada a opção de REEMBOLSO INTEGRAL, deverá ser anexado a este formulário, o FOP 093 - Garantia de Atendimento – Enquadramento da Modalidade, com a autorização prévia de atendimento.  Nota 02: Caso seja selecionada a opção de Acidente de Trabalho, deverá ser anexado o documento de Nexo Causal e a CAT de aprovação da área responsável. | | | | | |
| **OBSERVAÇÕES** | | | | | |
|  | | | | | |
| **INFORMAÇÕES e DECLARAÇÃO** | | | | | |
| 1. O pagamento (crédito) do valor do reembolso será realizado na conta corrente do Beneficiário Titular cadastrada na Operadora. Caso haja dúvidas dessa informação, deverá ser verificado junto a unidade regional do seu estado. No caso de dados bancários desatualizados, o pagamento ficará suspenso até a devida regularização pelo beneficiário. 2. O prazo para solicitação de reembolso assistencial é de até um ano (365 dias), contados a partir da data da emissão da nota fiscal ou recibo de atendimento, que deve conter os dados do beneficiário, data de atendimento, procedimentos realizados, dados do profissional ou clínica e o local de atendimento. 3. Os reembolsos assistenciais estão limitados ao rol de cobertura e regras operacionais da Postal Saúde, assim como os valores dos ressarcimentos serão limitados aos valores praticados pela Operadora na cidade de atendimento (salvo em casos de autorização prévia de reembolso integral), mediante análise prévia técnica e administrativa para validação da documentação pertinente. 4. A documentação obrigatória para solicitação de reembolso, assim como os valores praticados pela Postal Saúde em cada Estado, pode ser consultada por meio dos canais de comunicação da Operadora, site (CARTILHA DE REEMBOLSO - *https://www.postalsaude.com.br/documentos/#cartilhas*) ou Unidade Regional de Atendimento. 5. Toda documentação pertinente para análise do reembolso, deve ser mantida em vias originais pelo beneficiário, por até cinco anos contados da data de entrega, período este, que a Postal Saúde, poderá solicitar os originais para conferência e auditoria. Para fins de processamento e análise do reembolso, serão encaminhadas para a Operadora cópias digitalizadas, legíveis, sem dupla grafia e sem rasuras. 6. O prazo para o pagamento (crédito) do valor do reembolso será de até 30 (trinta) dias corridos, a partir da entrega da documentação. Se houver necessidade de documentação complementar, a Unidade Regional da Postal Saúde comunicará o beneficiário de que deverá encaminhar a documentação regularizada e o prazo passará a ser contado a partir da nova data de entrega. 7. **Declaro** estar ciente, sob pena dos artigos 171 e 299 do código penal e 927 do código civil, que os serviços médicos/hospitalares e/ou odontológicos descritos no(s) documento(s) fiscal (is) ou recibo(s) foi(foram) por mim devidamente pago(s), assim como, sob pena do artigo 304 do código Penal Brasileiro, que a divisão de recibos (fracionamento de valor de consulta), para solicitar o reembolso de procedimentos não ocorridos, bem como a emissão de recibo de procedimento divergente do realizado, constitui crime de fraude e desobriga a Postal Saúde de realizar o reembolso de qualquer valor. | | | | | |
| **ASSINATURA BENEFICIÁRIO** | | | | | |
| Declaro que todas as informações são verdadeiras.  **Local e Data**        ,   /   /    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura do Beneficiário ou responsável** | | | | | |
| **ASSINATURA URR/NAR** | | | | | |
| **Responsável pela URR/NAR:** | | **Cargo:** | | | |
| **Assinatura do Gerente ou Supervisor de Núcleo de Atendimento Regional** | | | | | |