

DOCUMENTAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO ASSISTENCIAL INTEGRAL OU LIVRE ESCOLHA

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

a) Consultas Médicas:

I. Recibo Eletrônico de Serviços de Saúde - Receita Saúde ou Nota Fiscal

- Recibo deve constar no mínimo os dados abaixo, para os seguintes profissionais dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais ((IN RFB 2.240 de 11/12/2024):
 - Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – PF do prestador; do beneficiário e do responsável pelo pagamento;
 - Nome do Beneficiário e do responsável pelo pagamento;
 - Número de registro do prestador do serviço no respectivo conselho profissional;
 - Data do Atendimento/Emissão;
 - Data do pagamento;
 - Descrição do atendimento;
 - Valor pago pela consulta.
- Nota Fiscal deve constar os seguintes dados:
 - Identificação do estabelecimento de saúde: Razão Social, CNPJ, Endereço completo e telefone;
 - Nome do Paciente;
 - Data do Atendimento;
 - Descrição do serviço prestado (deverá constar a especialidade médica atendida);
 - Valor pago pela consulta.

- ##### II. FOP 026 – Solicitação de Reembolso de Despesas Médicas:
- Formulário disponível na página da Postal Saúde <https://www.postalsaude.com.br/documentos/#formularios> devidamente preenchido, datada e assinado pelo beneficiário, beneficiário titular ou responsável, exceto para solicitação via aplicativo.

Observação: A assinatura do FOP fica dispensada quando encaminhado via e-mail.

- #### b) Exames de SADT e Tratamentos Seriadados:
- Nos casos de Tratamento seriado deve ser informada a quantidade e data das sessões realizadas (informadas pelo profissional que realizou atendimento), valor unitário por sessão e o valor total. A data de emissão do Recibo ou Nota Fiscal deve ser posterior à data de realização do procedimento solicitado.

I. Recibo Eletrônico de Serviços de Saúde - Receita Saúde ou Nota Fiscal

- Recibo deve constar no mínimo os seguintes dados (IN RFB 2.240 de 11/12/2024) para dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais:
 - Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – PF do prestador; do beneficiário e do responsável pelo pagamento;
 - Nome do Beneficiário e do responsável pelo pagamento;
 - Número de registro do prestador do serviço no respectivo conselho profissional;
 - Data do Atendimento/Emissão;
 - Data do pagamento;
 - Descrição do atendimento;
 - Valor pago.
- Nota Fiscal deve constar os seguintes dados:
 - Identificação do estabelecimento de saúde: Razão Social, CNPJ, Endereço completo e telefone;
 - Nome do Paciente;
 - Data do Atendimento;
 - Descrição do serviço prestado (deverá constar a especialidade médica atendida);
 - Valor pago unitário por procedimento realizado;
 - Valor total pago.

II. **Pedido Médico ou Relatório Médico** deve constar os dados de identificação do profissional que está solicitando o procedimento: Nome, Especialidade, Número do Conselho de Classe do profissional, data e assinatura, bem como:

- nome do paciente;
- indicação/diagnóstico para a realização do exame/ tratamento seriado ou consulta com nutricionista;
- quadro clínico atual;
- nome técnico de cada exame; e
- justificativa clínica para a solicitação.

III. **FOP 026 – Solicitação de Reembolso de Despesas Médicas**, Formulário disponível na página da Postal Saúde <https://www.postalsaude.com.br/documentos/#formularios> devidamente preenchido, datado e assinado pelo beneficiário, beneficiário titular ou responsável, exceto para solicitação via aplicativo.

Observação: A assinatura do FOP fica dispensada quando encaminhado via e-mail.

A solicitação da terapia ou consulta com Nutricionista deverá ser feita por um profissional médico (CRM). Nos casos de continuidade no tratamento seriado, o relatório deverá ser atualizado após 06 (seis) meses.

c) Internação ou Honorários vinculados à Internação: Nos casos de internação em rede credenciada e, quando a cobrança se refere apenas aos **honorários médicos de profissionais não credenciados**, é obrigatória a informação sobre a posição cirúrgica do médico que exerceu o procedimento (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar, anestesista ou instrumentador) juntamente com seus registros profissionais (a ausência dessas informações acarreta devolução da documentação ao beneficiário).

I. **Recibo Eletrônico de Serviços de Saúde - Receita Saúde ou Nota Fiscal**

- Recibo deve constar no mínimo os dados abaixo, para os seguintes profissionais dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais ((IN RFB 2.240 de 11/12/2024):
 - Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – PF do prestador; do beneficiário e do responsável pelo pagamento;
 - Nome do Beneficiário e do responsável pelo pagamento;
 - Número de registro do prestador do serviço no respectivo conselho profissional;
 - Data do Atendimento/Emissão;
 - Data do pagamento;
 - Descrição do atendimento;
 - Valor pago.
- Nota Fiscal deve constar os seguintes dados:
 - Identificação do estabelecimento de saúde: Razão Social, CNPJ, Endereço completo e telefone;
 - Nome do Paciente;
 - Data do Atendimento;
 - Descrição do serviço prestado (deverá constar a especialidade médica atendida);
 - Valor pago por procedimento realizado;
 - Valor total pago.

I. **Pedido Médico ou Relatório Médico** deve constar os dados de identificação do profissional que está solicitando o procedimento: Nome, Especialidade, Número do Conselho de Classe do profissional, data e assinatura, bem como:

- nome do paciente;
- indicação/diagnóstico para a internação;
- nome técnico do procedimento realizado ou a ser realizado;
- quadro clínico atual;
- justificativa clínica para a solicitação.

Nos casos de **visita médica** deve constar no pedido ou relatório médico o nome do médico, a especialidade, as datas e as quantidade de visitas realizadas.

II. **Conta Hospitalar Analítica** deverá ser apresentada em papel timbrado do prestador de serviços, contendo os seguintes dados:

- Período da internação (data da internação/ data da alta);
- Tipo de Atendimento (Eletivo, Urgência ou Emergência);
- Tipo de acomodação (apartamento/ UTI/ CTI);
- Relacionar todos os gastos provenientes da internação (diárias de apartamento, diárias de UTI, taxas, gases medicinais, taxa de utilização de equipamentos especiais, materiais, medicamentos, honorários médicos (grau de participação na cirurgia) entre outros).

III. **Relatório pós-operatório ou relatório de internação** detalhado pelo médico responsável com descrição completa do ato cirúrgico ou da internação;

IV. **FOP 026 – Solicitação de Reembolso de Despesas Médicas**, Formulário disponível na página da Postal Saúde <https://www.postalsaude.com.br/documentos/#formularios> devidamente preenchido, datada e assinado pelo beneficiário, beneficiário titular ou responsável, exceto para solicitação via aplicativo.

Observação: A assinatura do FOP fica dispensada quando encaminhado via e-mail.

d) Odontologia:

I) Recibo Eletrônico de Serviços de Saúde - Receita Saúde ou Nota Fiscal

- Recibo deve constar no mínimo os dados abaixo, para os seguintes profissionais dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais ((IN RFB 2.240 de 11/12/2024):
 - Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – PF do prestador; do beneficiário e do responsável pelo pagamento;
 - Nome do Beneficiário e do responsável pelo pagamento;
 - Número de registro do prestador do serviço no respectivo conselho profissional;
 - Data do Atendimento/Emissão;
 - Data do pagamento;
 - Descrição do atendimento;
 - Valor pago pela consulta.
- Nota Fiscal deve constar os seguintes dados:
 - Identificação do estabelecimento de saúde: Razão Social, CNPJ, Endereço completo e telefone;
 - Nome do Paciente;
 - Data do Atendimento;
 - Descrição do serviço prestado (deverá constar a especialidade médica atendida);
 - Valor pago pela consulta ou procedimento realizado;
 - Valor total pago.

II) **Pedido/Relatório detalhado do dentista** deve constar a informação referente a face/dente/região em que o procedimento foi realizado;

III) **FOP 026 – Solicitação de Reembolso de Despesas Médicas**, Formulário disponível na página da Postal Saúde <https://www.postalsaude.com.br/documentos/#formularios> devidamente preenchido, datada e assinado pelo beneficiário, beneficiário titular ou responsável, exceto para solicitação via aplicativo.

Observação: A assinatura do FOP fica dispensada quando encaminhado via e-mail.

DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR - A Operadora poderá solicitar a qualquer momento, quando identificar a necessidade, a comprovação do pagamento realizado.

I) **Comprovante de Pagamento:** Comprovante de transferência bancária ou da maquininha (nos casos de pagamento por meio de cartão de crédito, débito ou PIX). Nos casos de pagamento em espécie, deve haver recibo atestando que o pagamento foi efetuado em espécie e o valor.