|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS DO SOLICITANTE (BENEFICIÁRIO TITULAR)** | | |
| ÓRGÃO: | MAGISTRADO/ SERVIDOR: | |
| TELEFONE: | MATRÍCULA: | E-MAIL: |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO BENEFICIÁRIO TOMADOR DO SERVIÇO** | |
| NOME DO BENEFICIÁRIO: |  |
| TIPO DE BENEFICIÁRIO: | ( ) Titular |
|  | ( ) Dependente  ( ) Agregado |
| MATRÍCULA TRFMED: |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO** |
| JUSTIFICATIVA: |

|  |  |
| --- | --- |
| DATA: | ASSINATURA DO TITULAR: |

**Notas:**

1) Favor anexar ao processo toda a documentação\* necessária para a análise.

2) Conforme o art. 16 do Regulamento do TRFMED, para o reembolso das despesas com procedimentos cirúrgicos eletivos, excluídos aqueles indicados no art. 8º, o beneficiário deverá solicitar autorização prévia do Programa.

3) Favor atentar para a IN 04/2021, disponível no seguinte link:

<https://trfmed.trf5.jus.br/documentos/normas/IN04_2021.pdf>

4) Em caso de dúvidas, contatar o TRFMED.

5) Estou ciente que devo acompanhar o andamento do processo no SEI ou no e-mail disponibilizado no meu cadastro do SARH Web, o qual me comprometo a manter atualizado. Estou ciente, também, que, conforme artigo 62 do Regulamento do TRFMED, tenho 15 (quinze) dias corridos a partir da ciência ou divulgação da decisão sobre o reembolso para entrar com recurso, cujas instruções para tanto estão no Portal TRFMED, aba “Requerimentos”.

\*Deverão ser anexados ao requerimento de reembolso os seguintes documentos:

**I – para consultas realizadas em clínicas ou hospitais (pessoa jurídica), a nota fiscal original da qual constem:**

a) indicação do serviço;

b) data da realização da consulta;

c) nome do beneficiário;

d) nome e CNPJ do prestador de serviço.

**II – para consultas realizadas em consultórios particulares (pessoa física), o recibo ou nota fiscal original do qual constem:**

a) nome, CPF e número do registro do profissional no respectivo Conselho de Classe;

b) indicação do serviço prestado;

c) data da realização da consulta;

d) nome do beneficiário.

**III – para exames complementares, indicação médica em receituário próprio e nota fiscal original da qual constem:**

a) discriminação dos exames com valores unitários;

b) data da realização do exame;

c) nome do beneficiário;

d) nome e CNPJ do prestador de serviço.

**IV – para sessões de tratamento:**

a) solicitação médica (de profissional com registro no Conselho Regional de Medicina - CRM) com especificação do tratamento e indicação clínica, além do quantitativo de sessões a serem realizadas e relatório circunstanciado médico, se for o caso;

b) nota fiscal ou recibo, em que conste controle das sessões com o dia em que foram realizadas, além do nome e CNPJ/CPF do prestador de serviço.

c) em caso de utilização de materiais descartáveis e especiais, a nota fiscal ou recibo deverá discriminar por item os respectivos valores na data do atendimento.

**V – para despesas hospitalares, relatório médico circunstanciado com a indicação da internação e dos procedimentos realizados e nota fiscal das despesas com nome do beneficiário, constando:**

a) datas e horários da internação e da alta hospitalar;

b) valor individual e total da diária hospitalar, com especificação da acomodação utilizada;

c) discriminação das taxas de salas e equipamentos utilizados e outros, com os respectivos valores unitários e totais;

d) especificações dos medicamentos, acompanhadas 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;

e) especificações dos materiais descartáveis, discriminados em nota fiscal por item, contendo os respectivos valores na data do atendimento;

f) descrição de órtese, prótese e materiais especiais – OPME – com os valores cotados e autorizados pelo TRFMED, se for o caso;

g) nome e CNPJ do prestador de serviço.

**VI – para honorários médicos de atendimento hospitalar ou domiciliar, relatório circunstanciado do procedimento realizado, com a nota fiscal ou recibo indicando o nome do beneficiário, constando ainda:**

a) discriminação dos serviços prestados;

b) nomes e especialidades da equipe de profissionais que prestaram o serviço;

c) CPF e números dos registros dos profissionais, nos respectivos Conselhos de Classe;

d) data da realização dos serviços prestados;

e) descrição ou relatório médico da cirurgia com descriminação dos nomes dos participantes do evento, inclusive do instrumentador cirúrgico, nos casos de cirurgias.