|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE (BENEFICIÁRIO TITULAR)** |
| UNIDADE: | NOME: |
| MATRÍCULA: | E-MAIL: | TELEFONE: |

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

|  |
| --- |
| **DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO** |
| NOME DO MÉDICO: |  |
| CRM DO MÉDICO: | TELEFONE DO MÉDICO: |

|  |
| --- |
| **DADOS DO PROCEDIMENTO** |
| DATA PREVISTA PARA O PROCEDIMENTO: |  |
| TEMPO PREVISTO DE INTERNAÇÃO: |  |
| MOTIVO DO PROCEDIMENTO (INDICAR CID 10): |  |

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

**Notas:**

1) Favor anexar ao processo toda a documentação necessária para a análise:

1. Relatório médico circunstanciado e com código TUSS;
2. Laudos de exames realizados;

2) Favor atentar para a IN 04/2021, disponível no Portal TRFMED.

3) Em caso de dúvidas, contatar o TRFMED.

4) 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 a autorização para entrar com recurso, cujas instruções para tanto estão no Portal TRFMED, aba “Requerimentos”.

5) A prévia de reembolso é um cálculo estimado do valor a ser reembolsado, podendo haver alterações após a análise da solicitação de reembolso.

6) A concessão de reembolso fica condicionada à apresentação da documentação constante na IN  04/2021, bem como nota fiscal/recibo original, após a realização do procedimento.