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

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

|  |
| --- |
| **OBSERVAÇÕES** |
| ( ) Consulta pré-natal |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 03/2022, disponível no Portal TRFMED;4) Para o Programa Acolher, favor atentar ao art. 8º do Regulamento do Programa, disponível no Portal TRFMED;5) Em caso de dúvidas, contatar o TRFMED;6) 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 as 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.**VII – para o Programa Acolher:**a) notas fiscais/recibos, que deverão conter:I - Nome do prestador de serviço, CPF e nº de registro do profissional do respectivo Conselho de Classe, ou CNPJ, para o caso das clínicas;II - Local de prestação do serviço;III - Descrição do serviço prestado;IV - Data da realização da consulta/sessão e tempo de duração;V - Nome e CPF do beneficiário/Titular |