



GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO
DIRETORIA DE SAÚDE DO SERVIDOR
GERÊNCIA DE CONTAS MÉDICO-HOSPITALARES

REQUERIMENTO DE REEMBOLSO

Segurado Titular: _____

Nº do Cartão: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Nº _____ Apto: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____ Comercial : (____) _____ Celular:(____) _____

E-mail: _____

Dados Bancários do Segurado Titular:

Nome do Banco: _____ **Agência c/ dígito:** _____ **Conta c/ dígito:** _____

DOCUMENTOS APRESENTADOS:

- () cópia da carteira do Plano SC Saúde
- () cópia de contracheque mais recente
- () nota fiscal original com data e descrição do procedimento realizado
- () recibo original com data, descrição do procedimento e CPF ou CNPJ do prestador
- () **declaração do médico assistente em casos de urgência e emergência**
- () nas internações, conta hospitalar e detalhamento especificando os procedimentos realizados e com descrição dos materiais e medicamentos utilizados.

Valor total solicitado: R\$ _____

RELATO DO SEGURADO:

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 20____

É de responsabilidade do segurado a guarda de todos os documentos apresentados.

Assinatura do Requerente

Recebido por: _____ Data: ____/____/____ CAS: _____

HAVIA REDE CREDENCIADA? (CONSULTAS/SESSÕES) () SIM () NÃO

Ass. do Líder _____