



ANEXO I

Checklist – Reembolso SC Saúde

| Atos e documentos a serem verificados | S/N/NA¹ |
|--|---------------------------|
| Requerimento do segurado, com data inferior a 90 dias da prestação do serviço ou alta hospitalar | |
| Comprovação da qualidade de segurado na data do atendimento | |
| Recibo ou nota fiscal original, com data e descrição do procedimento realizado e CPF/CNPJ do prestador | |
| Declaração do médico assistente, em caso de urgência e emergência | |
| Nas internações, detalhamento especificando os procedimentos realizados e descrição dos materiais e medicamentos utilizados | |
| Parecer da área técnica, com indicação expressa do fundamento legal e editalício da cobertura específica a ser reembolsada e da indicação do fundamento legal da modalidade do pagamento | |
| Declaração de inexistência de registro de idêntico pedido em âmbito judicial ou administrativo | |

¹ Leia-se: S, “sim”; N, “não”, e NA, “não se aplica”.

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Atendente responsável