



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 originais, com data e descrição do procedimento realizado e CPF/CNPJ do prestador	
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	
Indicação da fonte orçamentaria e declaração da existência de orçamento disponível para realizar o reembolso.	

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

Florianópolis, ____ de _____ de _____.

Nome, cargo e matrícula *

* Responsável pela conferência.