



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: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____

Dados Bancários do Segurado Titular:

Banco: _____ **Agência c/ dígito:** _____ **Conta Corrente c/ dígito:** _____

Para que não ocorra desconto da taxa bancária no valor reembolsado, orientamos que os dados acima sejam do BANCO DO BRASIL.

DOCUMENTOS:

- ☐ Cópia do documento de identificação com CPF
- ☐ Nota fiscal original com data e descrição do procedimento/material a ser reembolsado ou
- ☐ Recibo original com data, descrição do procedimento/material a ser reembolsado e CPF ou CNPJ do prestador
- ☐ Quando a nota fiscal/recibo não for descritiva apresentar detalhamento dos procedimentos realizados, com materiais e medicamentos utilizados.
- ☐ **Declaração do médico assistente em casos de urgência e emergência**

Valor total solicitado: R\$ _____

☐ **Declaro a inexistência de registro de idêntico pedido em âmbito judicial ou administrativo.**

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: _____

SE CONSULTA, HAVIA REDE CREDENCIADA NA REGIÃO DO CAS? ☐ SIM ☐ NÃO
Ass. do Líder _____