

**SOLICITAÇÃO DE ANÁLISE DE PEDIDO DE REEMBOLSO**
**BENEFICIÁRIO TITULAR:**
**CPF:**
**TELEFONE:**
**ENDEREÇO:**
**E-MAIL:**
**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO, CONFORME PORTARIA Nº017/2018**
**Art. 1º CONSULTA ( )**

- 1( ) Recibo ou Nota Fiscal original, com identificação do médico e CRM.
- 2( ) Nome do paciente.
- 3( ) Descrição detalhada e valor do serviços prestados.
- 4( ) Assinatura do profissional, no caso de recibo.
- 5( ) Número de Inscrição no conselho da categoria.
- 6( ) Data de Emissão da nota ou recibo, limitado a 30 dias de sua emissão.
- 7( ) Nome, especialidade e número de inscrição no conselho da categoria do profissional que prestou o atendimento, quando se tratar de nota fiscal.
- 8( ) CNPJ ou CPF.
9. Especialidade: \_\_\_\_\_

**Art. 2º EXAME ( )**

- 1( ) Recibo ou Nota Fiscal original.
- 2( ) Pedido médico original.
- 3( ) Nome do paciente.
- 4( ) Descrição detalhada e valor do serviços prestados.
- 5( ) Assinatura do profissional, no caso de recibo.
- 6( ) Nome e assinatura do profissional, no caso de recibo.
- 7( ) Número de Inscrição no conselho da categoria.
- 8( ) Data de Emissão da nota ou recibo, limitado a 30 dias da data do pedido de reembolso.
- 9( ) CNPJ ou CPF.
10. Exame: \_\_\_\_\_

**Art. 3º PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL ( )**

- 1( ) Apresentar relatório ambulatorial de urgência ou emergência.
- 2( ) Boletim anestésico.
- 3( ) Pedido médico de atendimento ambulatorial.
- 4( ) Pedido de exames.
- 5( ) Recibo ou nota fiscal originais, indicando:
- a( ) Nome do paciente.
- b( ) Descrição detalhada e valor do serviços prestados. c( ) Nome e assinatura do profissional, no caso de recibo.
- d( ) Número de Inscrição no conselho da categoria (CRM).
- e( ) Data de Emissão da nota ou recibo, limitado a 30 dias da data do pedido do reembolso.
- 6( ) CNPJ ou CPF.

**Art. 4º PARA CIRURGIA ( )**

- 1( ) Apresentar relatório cirúrgico.
- 2( ) Pedido médico da internação e descrevendo o procedimento.
- 3( ) Boletim anestésico.
- 4( ) Recibo ou nota fiscal originais, indicando:
- a( ) Nome do paciente.
- b( ) Descrição detalhada e valor do serviços prestados.
- c( ) Nome e assinatura do profissional, no caso de recibo.
- d( ) Número de Inscrição no conselho da categoria (CRM).
- e( ) Data de Emissão da nota ou recibo, limitado a 30 dias da data do pedido do reembolso.
- 5( ) CNPJ ou CPF.

Justificativa do pedido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haverá o encontro de contas entre o crédito concedido no processo do pedido do reembolso e os possíveis débitos existentes. Caso não haja débitos, o valor do crédito será compensado com as contribuições vincendas, nos termos previstos na Portaria nº 17, de 31/07/2018.

**Autorização – Para valores que superem R\$4.000,00 (quatro mil reais):**

Autorizo a realização do encontro de contas entre o crédito TOTAL do reembolso concedido nestes autos e os possíveis débitos existentes, bem como com as contribuições vincendas, conforme previsto na Portaria nº 17/2018.

Autorizo: \_\_\_\_\_

**Termo de Ciência:**

O (a) requerente fica cientificado (a) de que a falta de qualquer documento exigido, bem como o não cumprimento dos prazos estabelecidos, implica o indeferimento do pedido ou a suspensão da tramitação do processo até a satisfação da exigência.

Ciente: \_\_\_\_\_

**Termo de Ciência:**

Termo de Ciência: O (a) requerente fica cientificado (a) de que os pedidos de reembolso para procedimentos que NÃO CONSTAM NO ROL DE COBERTURA DO PLANO MT SAÚDE serão indeferidos, conforme o Decreto Estadual nº 5.729/2005, Art. 2º Serão cobertos pelo PLANO MATO GROSSO SAÚDE todos os procedimentos especificados no Rol de Procedimentos dos Planos Ambulatoriais, Hospitalar e Hospitalar com Cobertura Obstetria, e, observando-se no que couber, a Lei 9.656/1998.

Ciente: \_\_\_\_\_

**PORTARIA INTERNA Nº 017/2018**

*Documentos para instrução do processo.*

O Presidente do Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado - Mato Grosso Saúde, no uso de suas atribuições legais; e Considerando a disposição contida no artigo 2º da Lei Complementar nº 127/2003, que estabelece como objetivo primordial do Mato Grosso Saúde a realização das operações de assistência à saúde dos servidores e pensionistas do Estado, suas Autarquias e Fundações;

**RESOLVE:** 1º Estabelecer critérios para entrega de documentos e solicitação de reembolso nos termos seguintes.

Art. 2º Os pedidos de reembolso referentes a consultas médicas devem ser instruídos com os seguintes documentos:

I - apresentar recibo (PF) ou nota fiscal (PJ) originais indicando:

- a) nome do paciente;
- b) descrição detalhada e valor dos serviços prestados;
- c) nome e assinatura do profissional, no caso de recibo;
- d) número de inscrição do profissional no conselho da categoria;
- e) data de emissão do documento limitada a 30 (trinta) dias da data do pedido do reembolso;
- f) nome, especialidade e número de inscrição no conselho da categoria do profissional que prestou o atendimento, quando se tratar de nota fiscal; g) CNPJ ou CPF.

Parágrafo único - Quando se tratar de nota fiscal, a mesma deverá conter de forma discriminada os serviços prestados com seus respectivos valores individualizados, bem como a devida identificação do (s) profissional (ais) que prestaram o atendimento, cabendo ao beneficiário exigir do prestador médico esse detalhamento.

Art. 3º Os pedidos de reembolso referentes a exames devem ser instruídos com os seguintes documentos:

I- apresentar pedido médico original; II- recibo (PF) ou nota fiscal (PJ) originais, indicando:

- a) nome do paciente;
- b) descrição detalhada e valor dos serviços prestados;
- c) nome e assinatura do profissional, no caso de recibo;
- d) número de inscrição no conselho da categoria; e) data de emissão do documento limitada a 30 (trinta) dias da data do pedido do reembolso;
- f) CNPJ ou CPF.

Parágrafo único - Quando se tratar de nota fiscal, a mesma deverá conter de forma discriminada os serviços prestados com seus respectivos valores individualizados, bem como a devida identificação do (s) profissional (ais) que prestou (aram) o atendimento nos casos em que também houver sido realizada consulta, cabendo ao beneficiário exigir do prestador médico este procedimento.

Art. 4º Os pedidos de reembolso referentes a atendimento ambulatorial devem ser instruídos com os seguintes documentos:

I - relatório ambulatorial de urgência ou emergência,

II - boletim anestésico,

III - Pedido médico de atendimento ambulatorial,

IV - pedido de exames,

V - recibo ou nota fiscal originais, indicando:

- a) nome do paciente;
- b) descrição detalhada e valor dos serviços prestados;
- c) nome e assinatura do profissional, no caso de recibo;
- d) número de inscrição no conselho da categoria;
- e) data de emissão do documento limitada a 30 (trinta) dias da data do pedido do reembolso;
- f) CNPJ ou CPF.

Art. 5º Os pedidos de reembolso referentes à cirurgia devem ser instruídos com os seguintes documentos:

I - relatório cirúrgico,

II - pedido médico da internação e descrevendo o procedimento,

III - boletim anestésico,

IV - recibo ou nota fiscal originais, indicando:

- a) nome do paciente;
- b) descrição detalhada e valor dos serviços prestados;
- c) nome e assinatura do profissional, no caso de recibo;
- d) número de inscrição no conselho da categoria;
- e) data de emissão do documento limitada a 30 (trinta) dias da data do pedido do reembolso;
- f) CNPJ ou CPF.

Art. 6º Os pedidos de reembolso só poderão ser requeridos pelo beneficiário titular do plano, exceto nos casos previstos no artigo 11 desta Portaria.

Dados Bancários - Para as exceções da realização do encontro de contas previsto na **Portaria Nº17/2018**.

Banco: \_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_

Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Cuiabá \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do titular: \_\_\_\_\_

ATENDIDO POR: \_\_\_\_\_

VISTO: \_\_\_\_\_