



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO - SR

01 - USO CABERGS

03 - Nº DA SR:

02 - REEMBOLSO PELO:

 PAM POD PROMED

04 - DATA DE EMISSÃO

ATENÇÃO: LEIA AS INSTRUÇÕES IMPORTANTES CONSTANTES NO VERSO DA 2ª VIA

05 - BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL - IDENTIFICAÇÃO

05.1 - CÓDIGO NA CARTEIRA CABERGS

05.2 - NOME (NÃO ABREVE O PRIMEIRO E O ÚLTIMO NOME)

06 - COMPROVANTE DE DESPESA - ESPECIFICAÇÃO

06.1 - TIPO

 NOTA FISCAL/FATURA RECIBO CUPOM FISCAL

06.2 - NÚMERO

06.3 - DATA EMISSÃO

06.4 - VALOR TOTAL EM R\$

06.5 - CPF OU CGC DO EMITENTE

06.6 - NOME OU RAZÃO SOCIAL (NÃO ABREVE O 1º E O ÚLTIMO NOME)

06.7 - CASO O EMITENTE SEJA PESSOA JURÍDICA E A DESPESA RELATIVA A HONORÁRIOS MÉDICOS OU ODONTOLÓGICOS, INDIQUE

06.7.1 - CPF DO MÉDICO OU ODONTOLÓGICO

06.7.2 - NOME DO MÉDICO OU ODONTOLÓGICO

07 - INFORME PORQUE NÃO FOI USADO O SERVIÇO CREDENCIADO:

 NÃO EXISTE CREDENCIADO NA LOCALIDADE EXISTE CREDENCIADO PORÉM, NÃO ESTAVA DISPONÍVEL - FECHADO, AUSENTE, ETC. O VALOR PARTICULAR OU À VISTA ERA INFERIOR AO PREÇO CONTRATADO COM A CABERGS PARA PAGAMENTO A PRAZO OUTRO MOTIVO, NESTE CASO, JUSTIFIQUE (SE NECESSÁRIO, USE O VERSO).

08 - PROGRAMA AUXÍLIO - MEDICAMENTOS (PROMED)

08.1 - BENEFICIÁRIO A QUEM SE DESTINOU O MEDICAMENTO - IDENTIFICAÇÃO

08.1.1 - CÓDIGO NA CARTEIRA CABERGS

08.1.2 - NOME (NÃO ABREVE O 1º E O ÚLTIMO NOME)

08.2 - CITE, A SEGUIR, QUANDO FOR O CASO, OS MEDICAMENTOS CONTROLADOS OU DE USO CONTÍNUO, CUJO O TRATAMENTO TENHA REGISTRO NA CABERGS:

08.2.1 - CONTROLADOS

08.2.2 - CONTÍNUOS

08.3 - DECLARAÇÃO PARA FINS DE REEMBOLSO (PROMED)

DECLARO PARA FINS DE REEMBOLSO JUNTO A ESSA CAIXA, SOB AS PENAS DA LEI, QUE OS MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS ATRAVÉS DO COMPROVANTE CONSTANTE NESTA SOLICITAÇÃO, DE CARACTERÍSTICAS ACIMA (CAMPOS 08.2) FORAM PARA USO DO BENEFICIÁRIO INFORMADO NO CAMPO 08.1 E QUE A RECEITA QUE DEU ORIGEM AO REFERIDO COMPROVANTE, A QUAL ANEXO A PRESENTE, FOI PRESCRITA AO MESMO.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL

09 - PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO- HOSPITALAR (PAM) OU PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA (POD)

09.1 - BENEFICIÁRIO QUE RECEBEU O ATENDIMENTO - IDENTIFICAÇÃO

09.1.1 - CÓDIGO NA CARTEIRA CABERGS

09.1.2 - NOME (NÃO ABREVE O 1º E O ÚLTIMO NOME)

09.2 - DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

QTD.	DISCRIMINAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	DATA DA REALIZAÇÃO		HORÁRIO		VALOR PAGO POR PROCEDIMENTO
		INÍCIO	FIM	INÍCIO	FIM	

09.3 - DECLARAÇÃO PARA FINS DE REEMBOLSO PAM OU POD

DECLARO PARA FINS DE REEMBOLSO JUNTO A ESSA CAIXA, SOB AS PENAS DA LEI, QUE OS SERVIÇOS DISCRIMINADOS NO CAMPO 09.2 RETRO, RELATIVOS AO COMPROVANTE DE DESPESA DESCRITO NO CAMPO 06, FORAM PRESTADOS AO BENEFICIÁRIO IDENTIFICADO NO CAMPO 09.1

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL

10 - INDIQUE:

10.1 - PARA CONTATO:

TELEFONE: DDD NÚMERO RAMAL

10.2 - PARA DEVOLUÇÃO O DESTINO A SER DADO A ESTA SR

 MALOTE, AGÊNCIA/DEPART. CITE: _____ CORREIO, PARA O ENDEREÇO RESIDENCIAL OUTRO, CITE: _____

11 - PARA USO DA AGÊNCIA BANRISUL

RECEBEMOS A PRESENTE SR E O(S) COMPROVANTE(S) EM ANEXO, E REMETEMOS VIA MALOTE BANRISUL AO SABE DA CABERGS

CÓD. DA AGÊNCIA

DATA DA REMESSA

ASSINATURA COM CARIMBO DO RESPONSÁVEL

PARA USO DO BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL - CONTINUAÇÃO DO CAMPO 07

PARA USO EXCLUSIVO DA CABERGS

GAP Nº											
REF.	USO CABERGS	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QTD.	VIA ACESSO	ATUAÇÃO	DATA DA REALIZAÇÃO		HORÁRIO		VALOR PAGO PELO BENEFICIÁRIO	VALOR BASE P/ CÁLCULO
						INICIO	FIM	INICIO	FIM		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
CONFERÊNCIA ADMINISTRATIVA					CONFERÊNCIA TÉCNICA				CONFERÊNCIA PROCESSAMENTO		
PROTOCOLO DE RECEBIMENTO					PROTOCOLO DE RECEBIMENTO				PROTOCOLO DE RECEBIMENTO		

INSTRUÇÕES AO BENEFICIÁRIO RESPONSÁVEL

01 - GERAIS

- 01.1 - use este formulário para solicitar reembolso pelo PAM, POD ou PROMED;
- 01.2 - lembre-se que conforme prevê o art. 10 do Estatuto Social da CABERGS, a tentativa por qualquer meio ou forma, de iludir a sociedade, atuando contra seus interesses ou usando meio ilícito para obtenção das prestações asseguradas sujeitará o infrator, entre outras, a perda do direito às prestações asseguradas pela CABERGS, a suspensão dos seus direitos societários, sendo o fato comunicado aos órgãos competentes;
- 01.3 - preencha uma SR para cada comprovante de despesa e anexe o documento original, preenchido de forma legível e sem rasura;
- 01.4 - caso o comprovante de despesa apresentado não atenda às formalidades adiante exigidas ou seu reembolso não esteja contemplado nos Regulamentos, esta SR lhe será devolvida, conforme destino indicado no campo 10 da 1ª via deste formulário;
- 01.5 - na hipótese do referido campo 10 não ser preenchido, esta SR ficará à sua disposição na CABERGS por cinco anos. Findo esse prazo será eliminada;
- 01.6 - preencha, obrigatoriamente, todos os campos dos itens 02, 04, 05 a 07 e 10; e, os itens dos campos 08 para PROMED ou 09 para PAM ou POD, conforme o caso.
- 01.7 - para encaminhar esta SR; em Porto Alegre - dirija-se ao SABE da CABERGS ou utilize seus Balcões de Auto-Atendimento; nas demais localidades - a qualquer Agência Banrisul. Para sua segurança, exija o protocolo de recebimento na 2ª via da SR. O protocolo do Envelope de Auto-Atendimento dispensa (substitui) o da 2ª via da SR.
- 01.8 - guarde a 2ª via desta SR, para seu controle;
- 01.9 para verificar o andamento do processo desta solicitação forneça o número desta SR;
- 01.10 - para conferir o valor reembolsado consulte: sua conta-corrente, opção Outros Demonstrativos disponibilizada no TC - Banrisul ou **site** da CABERGS na Internet (www.cabergs.org.br)
- 01.11 - a diferença entre o valor pago e aquele reembolsado pela CABERGS, relativa às despesas do PAM ou do POD, será informada no seu Comprovante de Rendimentos Pagos para fins de dedução do Imposto de Renda Anual;

02 - PAM

- 02.1 - o reembolso somente será admitido na circunstância de inexistir, ou não estarem disponíveis no local, profissionais, ou serviços credenciados e desde que a entrega desta SR seja protocolada até 90 (noventa) dias corridos, contados a partir da data de realização da despesa;
- 02.2 - no caso de **PESSOA FÍSICA** - o pagamento dos honorários serão comprovados através do "Recibo". O recibo deverá conter:
- 02.2.1 - indicação, através do nome completo, do beneficiário que recebeu o atendimento, independentemente de quem tenha efetuado o pagamento;
- 02.2.2 - quando se tratar de consulta em consultório, a especialidade do profissional que o atendeu, ex.: pediatra, ginecologista, etc.;
- 02.2.3 - para pequenos procedimentos médicos realizados em consultório, a denominação técnica dos serviços efetuados, ex.: retirada de corpo sub-cutâneo, exereses de calo ou unha, etc.
- 02.2.4 - em se tratando de cirurgia, data, horário de início e término, tipo de acomodação do paciente (inclusive se o aposento possuía ou não banheiro privativo) quando internado, especificação técnica dos atos médicos e o nome da entidade hospitalar;
- 02.2.5 - tratando-se de cirurgia, caberá ainda, a discriminação se os honorários referem-se ao cirurgião principal, 1º auxiliar, 2º auxiliar ou anestesologista;
- 02.2.6 - os honorários dos cirurgiões auxiliares e anestesologistas, poderão ser cobrados através do recibo do cirurgião principal, desde que sejam relacionados seus respectivos nomes, CPFs e CRMS;
- 02.2.7 - o valor de cada procedimento realizado;
- 02.2.8 - o valor total do recibo, numérico e por extenso, e sua data de emissão;
- 02.2.9 - assinatura, nome completo, CPF, número do registro da classe profissional (CRM, CRÉFITO, CRP) e endereço completo do prestador do serviço;
- 02.3 - no caso de **PESSOA JURÍDICA - HOSPITAIS E PRONTOS-SOCORROS** - o pagamento dos serviços serão comprovados através de conta hospitalar, nota fiscal de serviço ou fatura, devidamente acompanhada de cópias do boletim de sala, prescrição médica, de enfermagem, de anestesia e demais comprovantes das despesas hospitalares. A conta hospitalar, nota fiscal de serviço ou fatura deverá conter:
- 02.3.1 - razão social, CNPJ e endereço completo da entidade;
- 02.3.2 - indicação, através do nome completo, do beneficiário que recebeu o atendimento, independentemente de quem tenha efetuado o pagamento;
- 02.3.3 - discriminação analítica das despesas, assim entendidas como diárias, uso de salas, de equipamentos, materiais, medicamentos e seus respectivos valores;
- 02.4 - no caso de **PESSOA JURÍDICA - CLÍNICA MÉDICA, ANÁLISES CLÍNICAS, RADIOLOGIA E SIMILARES** - Os pagamentos efetuados serão comprovados através de nota fiscal de serviços ou fatura. Esses documentos deverão conter:
- 02.4.1 - razão social, CNPJ e endereço completo da entidade;
- 02.4.2 - indicação, através do nome completo do beneficiário que recebeu o atendimento, independentemente de quem tenha efetuado o pagamento;
- 02.4.3 - no caso de exames ou tratamentos, a discriminação analítica dos serviços realizados;
- 02.4.4 - na hipótese do item precedente é indispensável anexar a esta SR, também, o Pedido de Exames ou Tratamento emitido pelo médico requisitante. O Pedido deverá conter, obrigatoriamente, o nome, o número do CRM, CPF e a assinatura do médico solicitante;
- 02.4.5 - para os exames de Ecocardiograma com Doppler, Angiografia, Cintilografia, Ecografia, Endoscopia Digestiva, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética deverá ser anexado a esta SR, ainda, cópia do laudo médico (resultado do exame);
- 02.4.6 - quando se tratar de consulta na clínica, a especialidade do profissional que o atendeu, ex.: pediatra, ginecologista, etc.;
- 02.4.7 - para pequenos procedimentos médicos realizados na clínica, a denominação técnica dos serviços efetuados, ex.: retirada de corpo subcutâneo, exereses de calo ou unha, etc.;
- 02.4.8 - data, horário de início e término, tipo de acomodação do paciente (inclusive se o aposento possuía ou não banheiro privativo) quando internado, especificação técnica dos atos médicos e o nome da entidade hospitalar em se tratando de cirurgia;
- 02.4.9 - tratando-se de cirurgia, caberá, ainda, a discriminação dos nomes, CPFs e CRMs do cirurgião principal, 1º auxiliar, 2º auxiliar e anestesologista, respectivamente;
- 02.4.10 - o valor de cada procedimento realizado;

03 - POD

- 03.1 - o reembolso somente será admitido para o procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA, para os Beneficiários do POD I, a circunstância de inexistir ou não estarem disponíveis no local profissional ou serviço credenciado, e desde que a entrega desta SR seja protocolada até 90 (noventa) dias corridos, contados a partir da data de realização da despesa;
- 03.2 - o pagamento dos honorários serão comprovados através de Recibo, quando prestados por Pessoa Física, ou nota fiscal de serviços ou fatura quando prestados por Pessoa Jurídica. O documento deverá conter:
- 03.2.1 - a indicação, através do nome completo do beneficiário que recebeu o atendimento, independentemente de quem tenha efetuado o pagamento;
- 03.2.2 - o(s) procedimento(s) realizado(s); exame clínico, curativo de odontalgia aguda, curativo em caso de hemorragia bucal, drenagem de abscesso, tratamento de alveolite, contenção com fio ortodôntico, RX e pulpectomia;
- 03.2.3 - o valor total pago, numérico e por extenso ou autenticação mecânica, e sua data de emissão;
- 03.2.4 - caso de Pessoa Física, assinatura, nome completo, CPF, número do CRO e endereço completo do prestador do serviço; para Pessoa Jurídica, razão social, CNPJ, endereço completo da entidade, bem como nome completo do cirurgião-dentista, seu CPF e CRO;

04 - PROMED

- 04.1 - o reembolso somente será admitido desde que requerido no prazo de 60 (sessenta) dias corridos, contados a partir da data de realização da despesa;
- 04.2 - além da comprovação do pagamento, deverá ser anexada a esta SR prescrição (receita) original passada por médico ou odontólogo, emitida no prazo máximo de 30 (trinta) dias antes da aquisição, com a indicação do nome completo do beneficiário, do medicamento e quantidade receitadas, bem como identificação do profissional que a passou, através do seu nome, número do CRM ou CRO, e endereço profissional ou residencial;
- 04.2.1 - no caso de medicamento de uso contínuo, devidamente identificado no campo 08.2.2 desta SR, cujo tratamento esteja registrado na CABERGS, será admitido que a receita seja passada até 6 meses antes da compra, assim como apresentada simples cópia da prescrição original;
- 04.2.2 - no caso de medicamento controlado, devidamente identificado no campo 08.2.1 desta SR, será admitida a apresentação de simples cópia da prescrição original;
- 04.3 - os pagamentos serão comprovados através de nota fiscal, fatura ou cupom fiscal. O documento deverá conter:
- 04.3.1 - indicação através do nome completo, do beneficiário que adquiriu o(s) medicamento(s) e efetuou o pagamento;
- 04.3.2 - discriminação do(s) medicamento(s) adquirido(s), com seu(s) respectivo(s) valor(es) unitário(s) e total.