

## REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS - ORIENTAÇÕES

O beneficiário pode solicitar reembolso das despesas médicas-hospitalares sempre que for atendido por instituições ou profissionais que não façam parte da rede credenciada, desde que o procedimento/serviço prestado esteja contemplado no Rol de Cobertura do Pró-Saúde e haja pertinência técnica aprovada pela Perícia Médica do programa. O Reembolso se dará pelos valores de tabela do Programa.

O Ressarcimento de procedimentos com cobertura obrigatória do Pró-Saúde, para casos em que não haja profissionais credenciados, está regulamentado na Instrução normativa nº 01 de 2018. Essa instrução normatiza a possibilidade de pagamento de até 03 vezes o valor de tabela de um determinado procedimento (com cobertura obrigatória) em virtude da ausência de profissionais ou estabelecimentos credenciados se, e se somente se, for encaminhado, PREVIAMENTE a realização do procedimento, um orçamento com os valores a serem cobrados.

Para requerer esta autorização, o beneficiário deverá enviar e-mail para o endereço [reembolso.prosaude@camara.leg.br](mailto:reembolso.prosaude@camara.leg.br) encaminhando um orçamento com os valores a serem cobrados e mencionando no e-mail a cidade/estado da indisponibilidade de profissionais credenciados para a realização do serviço.

### 1. Solicitação reembolso:

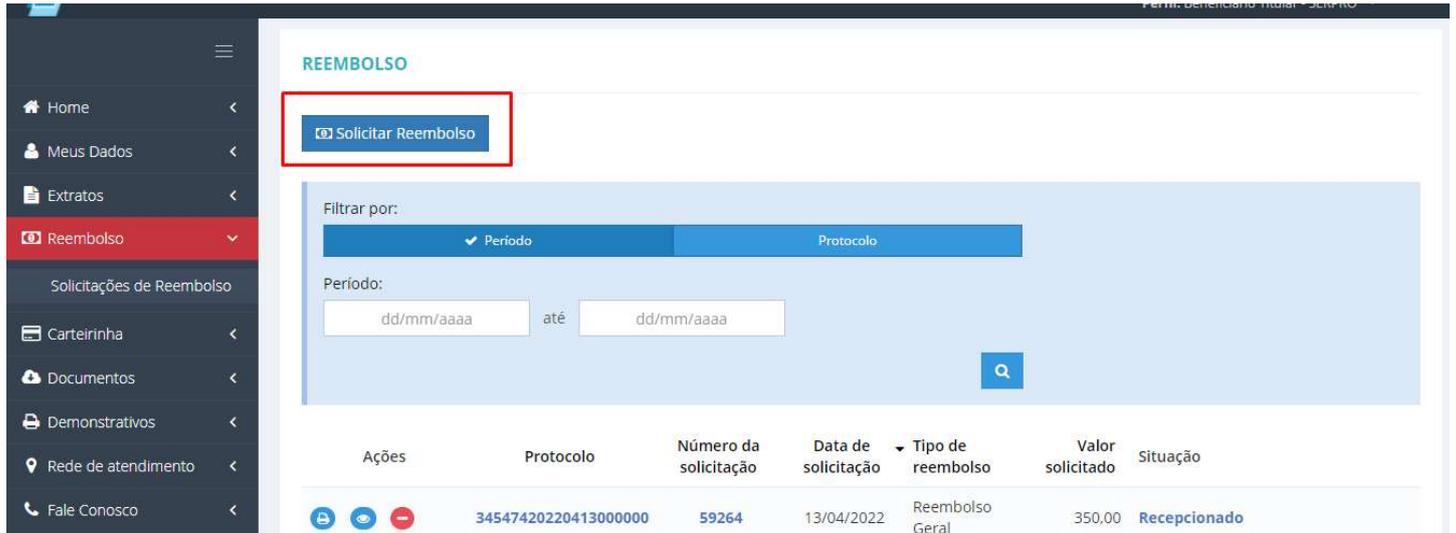
Para solicitar um reembolso, o beneficiário deve cadastrar sua solicitação diretamente no portal da Pró-Saúde no site [prosaude.camara.leg.br](http://prosaude.camara.leg.br).

Acessar o portal de beneficiários com login e senha. A opção “esqueceu senha” gera uma nova senha para o e-mail de cadastro do titular. Apenas o beneficiário TITULAR poderá registrar uma solicitação de reembolso.



The screenshot shows the login interface for the health portal. At the top left is the logo of the Chamber of Deputies (CÂMARA DOS DEPUTADOS). Below it, the text "Área restrita" is displayed. There are two input fields: the first is labeled "CPF/CNPJ, Número Cartão" and the second is labeled "Senha". Below these fields is a green button labeled "Acessar". Underneath the "Acessar" button is a link that says "Esqueceu sua senha?". Below that is a link that says "Não possui cadastro ainda? Cadastre-se aqui". At the bottom, there are three buttons for accessing different networks: "Acessar Rede de Atendimento", "Acessar Rede Saude Caixa", and "Acessar Rede AMHPDF".

O beneficiário deverá clicar no Menu de Reembolso > Solicitação de Reembolso > Solicitar Reembolso



**REEMBOLSO**

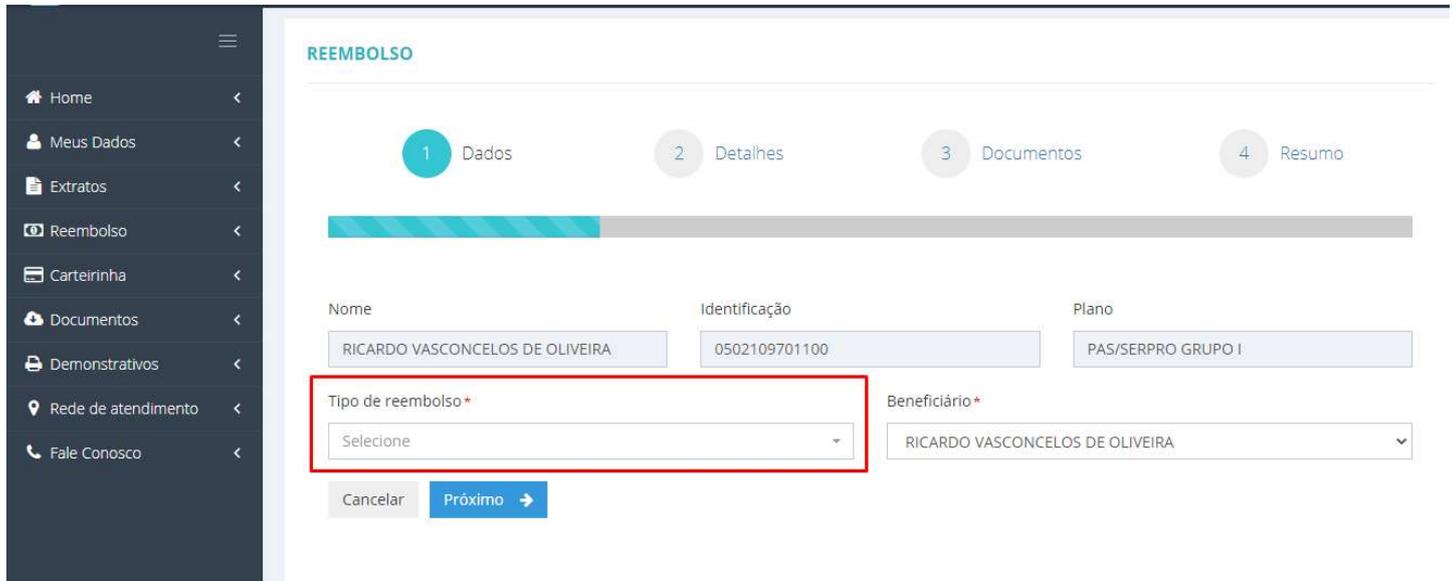
**Solicitar Reembolso**

Filtrar por:

Período: dd/mm/aaaa até dd/mm/aaaa

Ações	Protocolo	Número da solicitação	Data de solicitação	Tipo de reembolso	Valor solicitado	Situação
  	34547420220413000000	59264	13/04/2022	Reembolso Geral	350,00	Recepcionado

Preencher todos os dados Obrigatórios com \* (Asteriscos) em vermelho



**REEMBOLSO**

1 Dados 2 Detalhes 3 Documentos 4 Resumo

Nome: RICARDO VASCONCELOS DE OLIVEIRA

Identificação: 0502109701100

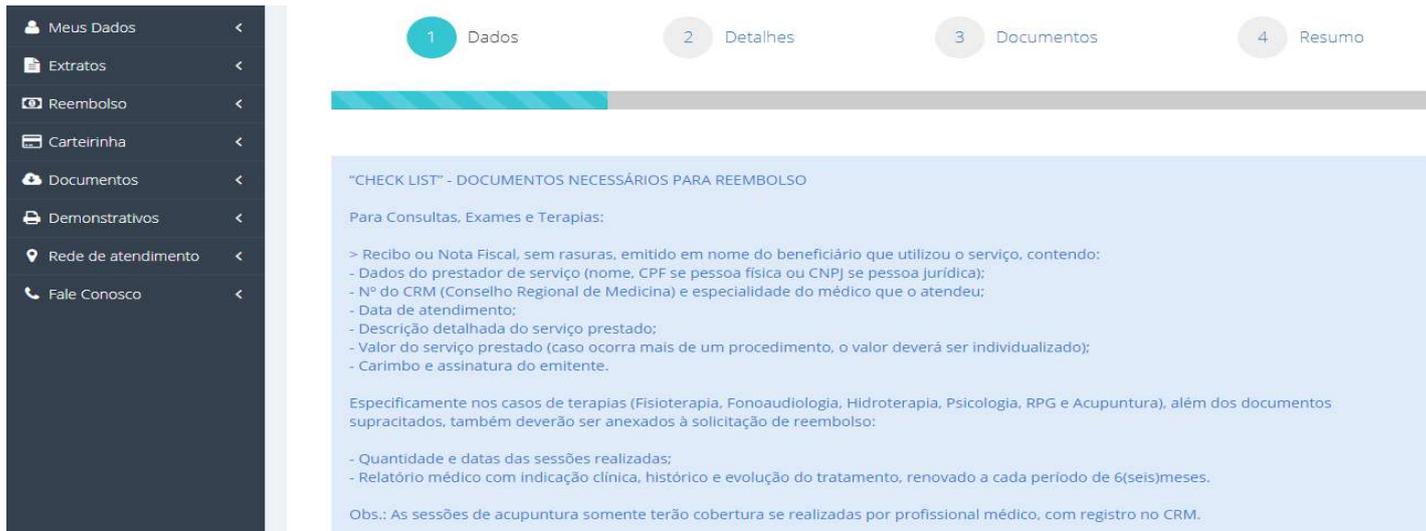
Plano: PAS/SERPRO GRUPO I

**Tipo de reembolso\***: Seleccione

**Beneficiário\***: RICARDO VASCONCELOS DE OLIVEIRA

Cancelar Próximo →

Ao clicar no tipo de reembolso desejado, será exibida informações com os documentos necessários e demais orientações



**"CHECK LIST" - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REEMBOLSO**

Para Consultas, Exames e Terapias:

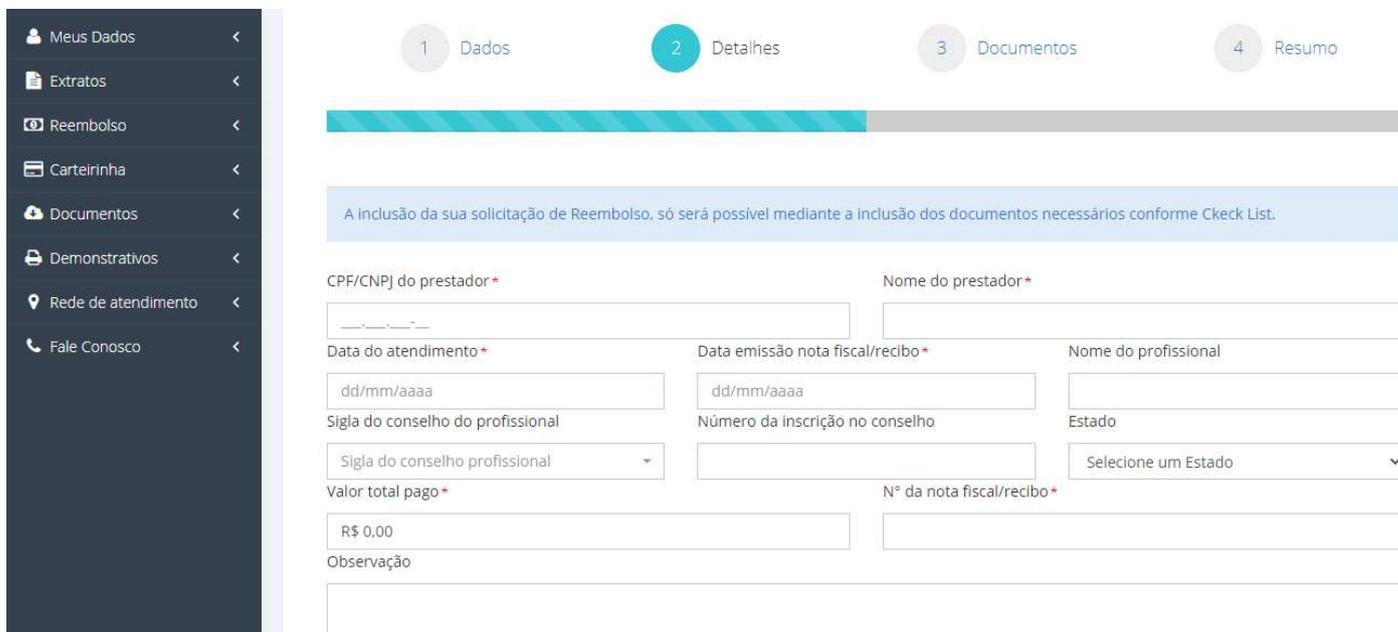
- > Recibo ou Nota Fiscal, sem rasuras, emitido em nome do beneficiário que utilizou o serviço, contendo:
  - Dados do prestador de serviço (nome, CPF se pessoa física ou CNPJ se pessoa jurídica);
  - N° do CRM (Conselho Regional de Medicina) e especialidade do médico que o atendeu;
  - Data de atendimento;
  - Descrição detalhada do serviço prestado;
  - Valor do serviço prestado (caso ocorra mais de um procedimento, o valor deverá ser individualizado);
  - Carimbo e assinatura do emitente.

Especificamente nos casos de terapias (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Hidroterapia, Psicologia, RPG e Acupuntura), além dos documentos supracitados, também deverão ser anexados à solicitação de reembolso:

- Quantidade e datas das sessões realizadas;
- Relatório médico com indicação clínica, histórico e evolução do tratamento, renovado a cada período de 6(seis)meses.

Obs.: As sessões de acupuntura somente terão cobertura se realizadas por profissional médico, com registro no CRM.

Na tela seguinte deverão ser preenchidas as informações solicitadas.



A inclusão da sua solicitação de Reembolso, só será possível mediante a inclusão dos documentos necessários conforme Ccheck List.

CPF/CNPJ do prestador\*  Nome do prestador\*

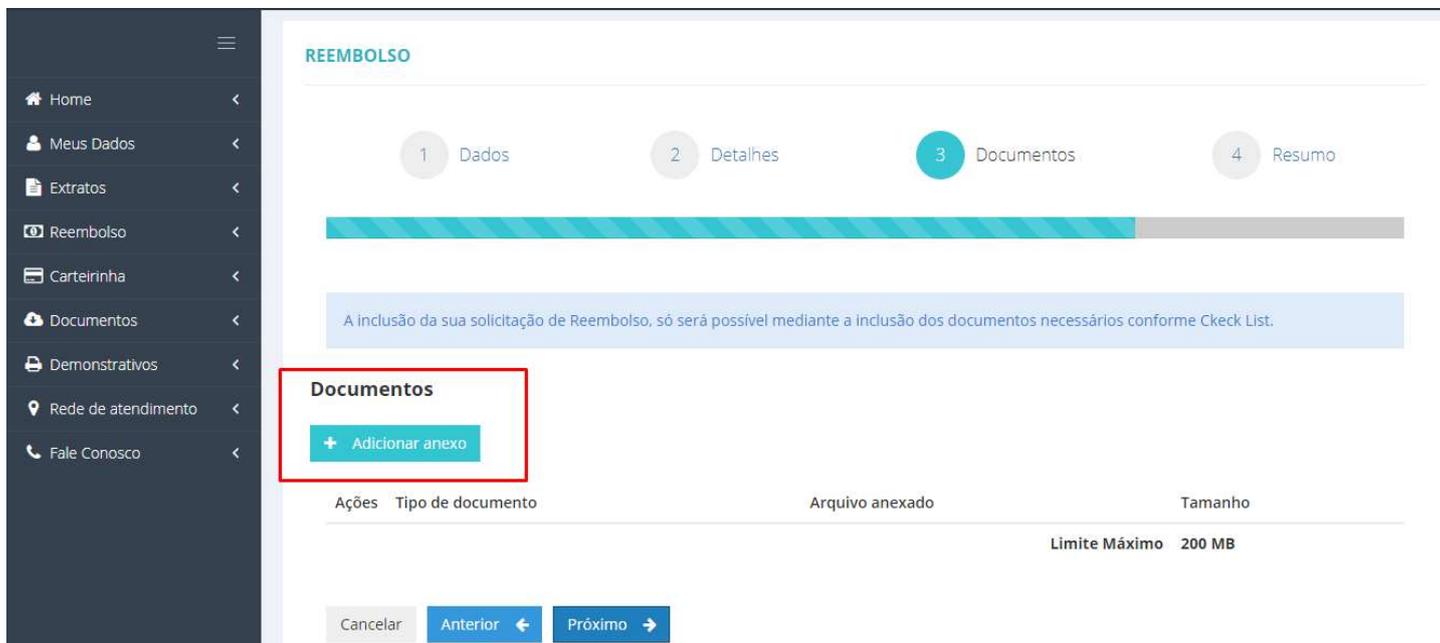
Data do atendimento\*  Data emissão nota fiscal/recibo\*  Nome do profissional

Sigla do conselho do profissional  Número da inscrição no conselho  Estado

Valor total pago\*  N° da nota fiscal/recibo\*

Observação

Na tela seguinte deverão ser anexados os documentos necessários, conforme lista de documentos exigidos.



**REEMBOLSO**

1 Dados 2 Detalhes 3 Documentos 4 Resumo

A inclusão da sua solicitação de Reembolso, só será possível mediante a inclusão dos documentos necessários conforme Ccheck List.

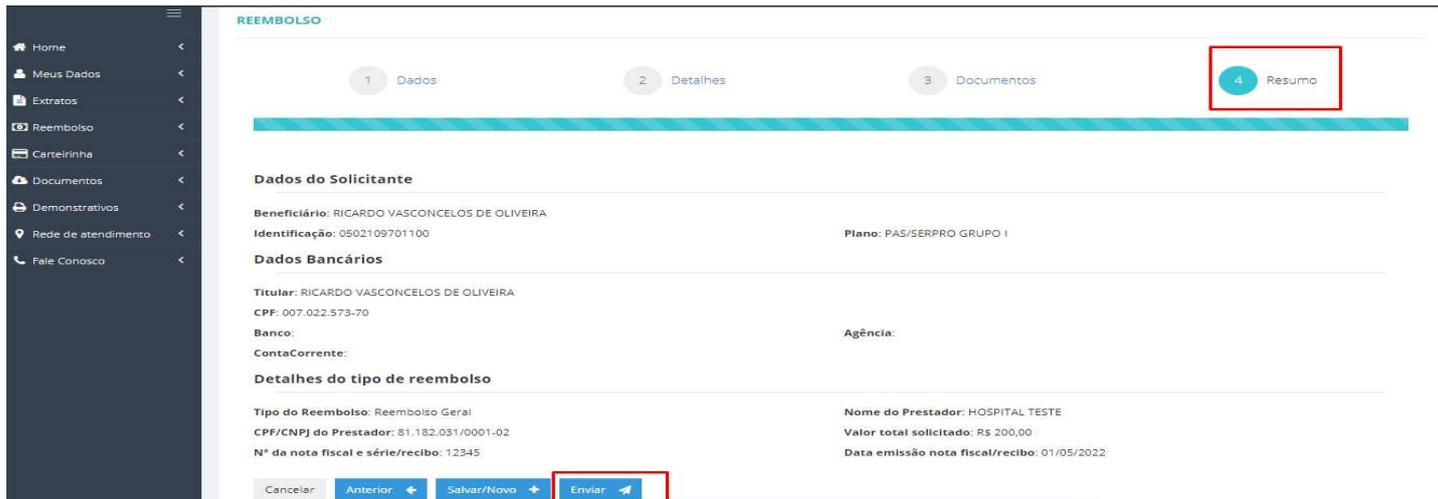
**Documentos**

[+ Adicionar anexo](#)

Ações	Tipo de documento	Arquivo anexado	Tamanho
			Limite Máximo 200 MB

Cancelar Anterior ← Próximo →

Por fim, clicar no botão “Enviar para análise”



**REEMBOLSO**

1 Dados 2 Detalhes 3 Documentos 4 **Resumo**

**Dados do Solicitante**

Beneficiário: RICARDO VASCONCELOS DE OLIVEIRA  
 Identificação: 0502109701100 Plano: PAS/SERPRO GRUPO I

**Dados Bancários**

Titular: RICARDO VASCONCELOS DE OLIVEIRA  
 CPF: 007.022.573-70 Agência:  
 Banco: ContaCorrente:

**Detalhes do tipo de reembolso**

Tipo do Reembolso: Reembolso Geral Nome do Prestador: HOSPITAL TESTE  
 CPF/CNPJ do Prestador: 81.182.031/0001-02 Valor total solicitado: R\$ 200,00  
 Nº da nota fiscal e série/recibo: 12345 Data emissão nota fiscal/recibo: 01/05/2022

Cancelar Anterior Salvar/Novo **Enviar**

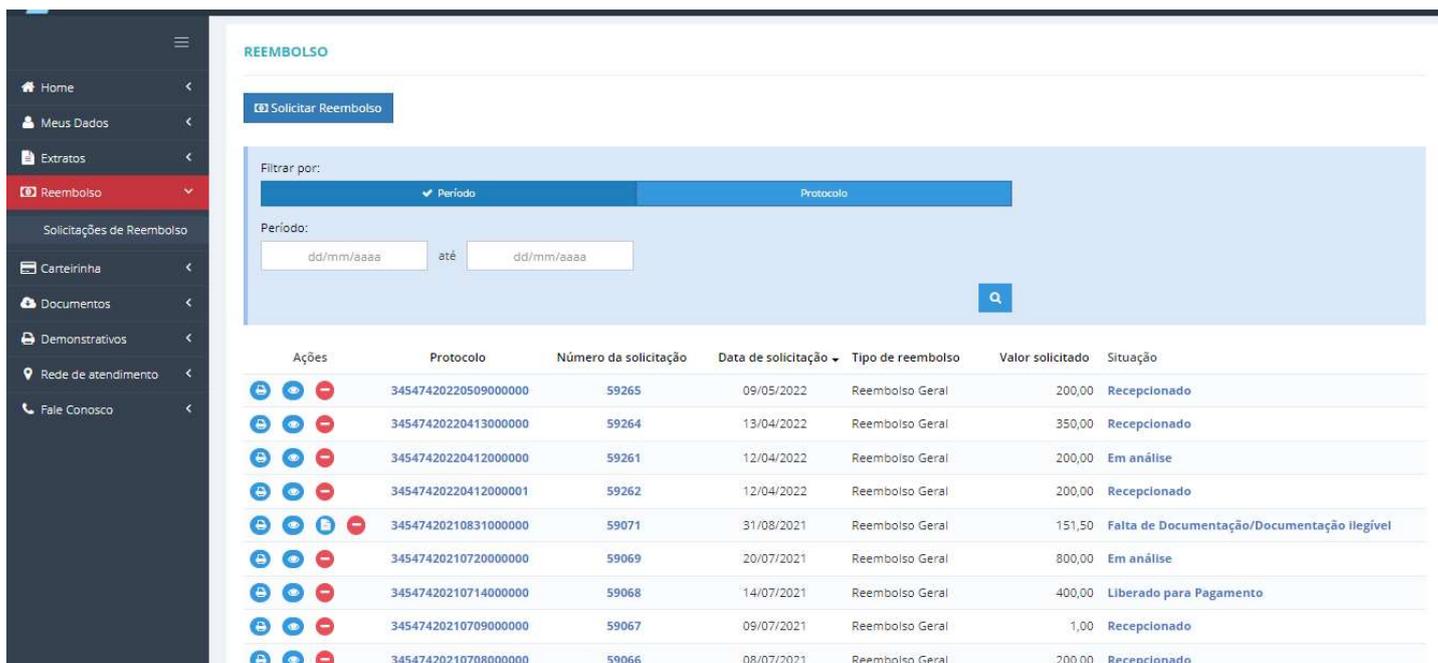
Aguarde pela análise, pois sua solicitação é encaminhada diretamente para nossa área de Reembolso, que avalia a pertinência do reembolso, com retorno direto ao titular por meio do e-mail cadastrado.

### O Beneficiário pode acompanhar seu processo de reembolso pelo portal:

O acompanhamento é direto no Portal Pró-Saúde [prosaude.camara.leg.br](http://prosaude.camara.leg.br)

O titular também receberá um e-mail sobre os reembolsos AUTORIZADOS, NEGADOS ou com PENDENCIAS.

Acessar o MENU > Reembolso e verificar todos os protocolos enviados para Operadora



**REEMBOLSO**

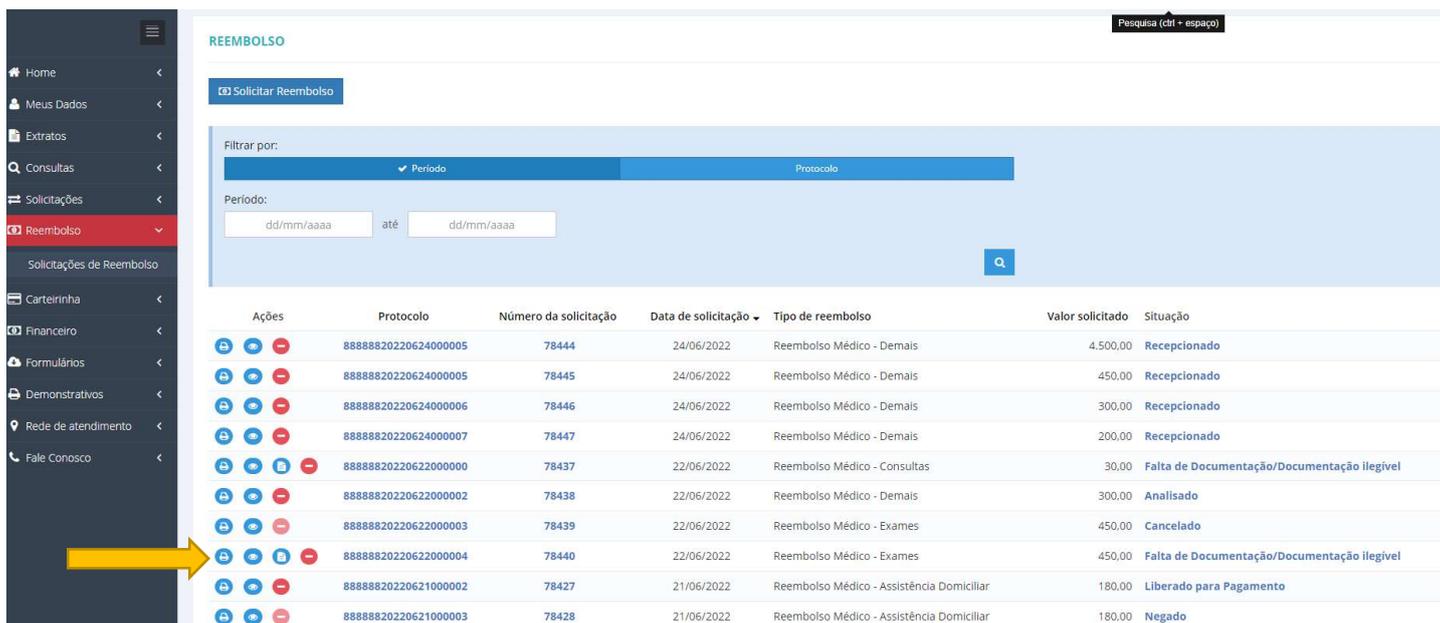
Solicitar Reembolso

Filtrar por: Período Protocolo

Período: dd/mm/aaaa até dd/mm/aaaa

Ações	Protocolo	Número da solicitação	Data de solicitação	Tipo de reembolso	Valor solicitado	Situação
  	34547420220509000000	59265	09/05/2022	Reembolso Geral	200,00	Recepcionado
  	34547420220413000000	59264	13/04/2022	Reembolso Geral	350,00	Recepcionado
  	34547420220412000000	59261	12/04/2022	Reembolso Geral	200,00	Em análise
  	34547420220412000001	59262	12/04/2022	Reembolso Geral	200,00	Recepcionado
  	34547420210831000000	59071	31/08/2021	Reembolso Geral	151,50	Falta de Documentação/Documentação Ilegível
  	34547420210720000000	59069	20/07/2021	Reembolso Geral	800,00	Em análise
  	34547420210714000000	59068	14/07/2021	Reembolso Geral	400,00	Liberado para Pagamento
  	34547420210709000000	59067	09/07/2021	Reembolso Geral	1,00	Recepcionado
  	34547420210708000000	59066	08/07/2021	Reembolso Geral	200,00	Recepcionado

Nos botões “Ações” o beneficiário poderá imprimir, consultar, cancelar ou regularizar uma solicitação de reembolso



**REEMBOLSO** Pesquisa (ctrl + espaço)

[Solicitar Reembolso](#)

Filtrar por: Período Protocolo

Período:  até  Q

Ações	Protocolo	Número da solicitação	Data de solicitação	Tipo de reembolso	Valor solicitado	Situação
	88888820220624000005	78444	24/06/2022	Reembolso Médico - Demais	4.500,00	Recepcionado
	88888820220624000005	78445	24/06/2022	Reembolso Médico - Demais	450,00	Recepcionado
	88888820220624000006	78446	24/06/2022	Reembolso Médico - Demais	300,00	Recepcionado
	88888820220624000007	78447	24/06/2022	Reembolso Médico - Demais	200,00	Recepcionado
	88888820220622000000	78437	22/06/2022	Reembolso Médico - Consultas	30,00	Falta de Documentação/Documentação ilegível
	88888820220622000002	78438	22/06/2022	Reembolso Médico - Demais	300,00	Analisado
	88888820220622000003	78439	22/06/2022	Reembolso Médico - Exames	450,00	Cancelado
	88888820220622000004	78440	22/06/2022	Reembolso Médico - Exames	450,00	Falta de Documentação/Documentação ilegível
	88888820220621000002	78427	21/06/2022	Reembolso Médico - Assistência Domiciliar	180,00	Liberado para Pagamento
	88888820220621000003	78428	21/06/2022	Reembolso Médico - Assistência Domiciliar	180,00	Negado

Para regularizar uma solicitação de reembolso com pendência, o beneficiário deve clicar no botão consultar  e verificar qual ou quais a pendências solicitadas.



**Acompanhamento da solicitação de reembolso** X

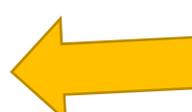
**Nº Reembolso:** 78437 **Protocolo:** 88888820220622000000

**Data da solicitação:** 22/06/2022

**Data da recepção documento físico:** 22/06/2022 00:00:00

**Tipo de reembolso:** Reembolso Médico - Consultas

**Valor solicitado:** R\$ 30,00

**Complemento:** Favor encaminhar justificativa medica 

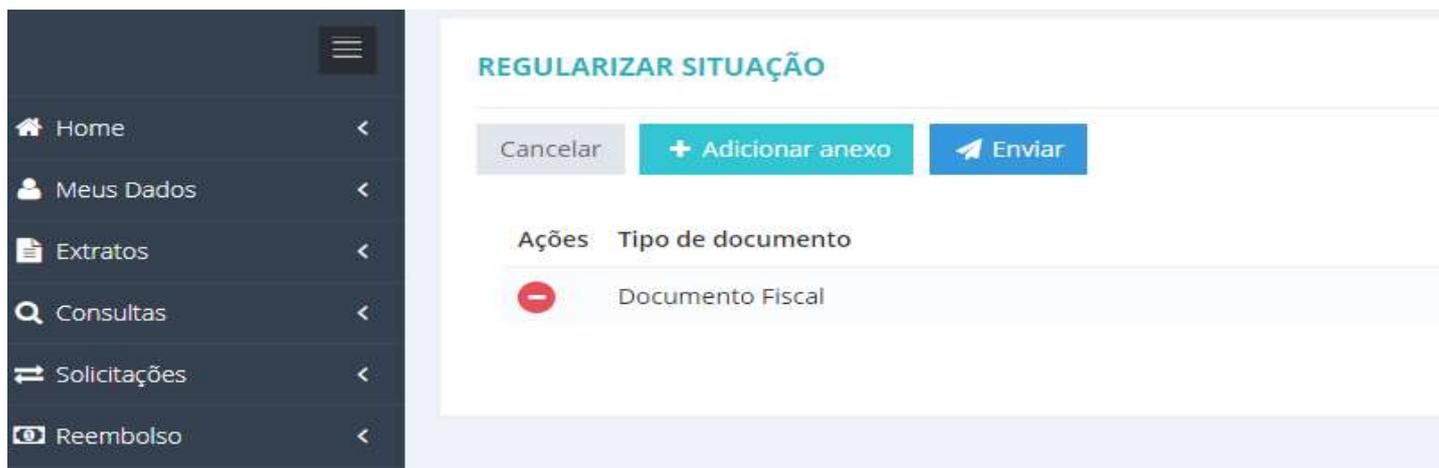
**Anexos**

Tipo	Anexo
Documento Fiscal	teste.docx

< >

[OK](#)

Quando o beneficiário tiver com os documentos solicitados, deverá clicar no botão “regularizar situação”  e anexar o(os) documento (os) solicitado pelo botão “ADICIONAR ANEXO” e por fim clicar no botão “ENVIAR” para reenviar para análise.



A solicitação de reembolso que for enviada dentro de determinado mês será ressarcida na folha de pagamento do mês seguinte, desde que não haja pendências.

## 2. Prazo para solicitação de Reembolso

Os pedidos de ressarcimento deverão ser apresentados no prazo de 60 (sessenta) dias contados da data de emissão do Documento Fiscal (Nota Fiscal ou Recibo). O sistema impede o envio de solicitações que superem este prazo.

As pendências deverão ser atendidas no prazo de 60 dias da notificação por e-mail.

Não será acolhido e admitido o reembolso quando os prazos de emissão de documento ou de cumprimento de pendência estiverem ultrapassados.

## 3. Procedimentos de reembolso de requerem AUTORIZAÇÃO PRÉVIA:

- **Assistência Domiciliar** (Tratamento Seriado e continuado com Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, etc)

- **Medicamento de utilização prolongada** (Hormônio de Crescimento e quimioterápicos orais não “off label”)

- **Home Care por empresa quando não há credenciamento na região**

**Atenção:** EM REGRA, **NÃO HÁ** REEMBOLSO DE DESPESAS COM INTERNAÇÃO DOMICILIAR – HOME CARE POR EMPRESA.

Este serviço é oferecido exclusivamente pela rede credenciada, exceto quando não houver credenciamento na região.

### Como requerer autorização prévia:

Para servidores e deputados da Ativa, a solicitação é feita pelo sistema Edoc (sistema interno da Câmara dos Deputados)

Para servidores e deputados aposentados, pensionistas e ex-parlamentares, a solicitação é feita enviando a documentação para o e-mail [reembolso.prosaude@camara.leg.br](mailto:reembolso.prosaude@camara.leg.br)

### A documentação a ser encaminhada:

- **Requerimento** (Disponível no sistema Edoc ou no portal do PróSaúde no link [prosaude.camara.leg.br](http://prosaude.camara.leg.br))

- **Relatório médico detalhado** contendo a descrição do quadro clínico do paciente, especificação da quantidade de sessões semanais previstas e necessárias, Indicação do tempo necessário para o tratamento, a justificativa para o tratamento em domicílio. Se hormônio do Crescimento deverá conter ainda Planejamento terapêutico; Dose; Intervalo

entre as aplicações; Estatura dos Pais. **Dados do nascimento da criança informando** Estatura; Peso; Idade gestacional; Condições da gravidez. **Cartão do Hospital/Pediatra**, contendo: Registro da curva do crescimento; Estatura dos Pais.

- **Laudo de Exames** que comprovem o quadro do paciente (em se tratando de hormônio de crescimento, apresentar Idade óssea; Ecografia pélvica - sexo feminino – e exames Laboratoriais).

- **03 Orçamentos** (quando se tratar de Home Care por empresa em região onde não há credenciamento)

O beneficiário é informado sobre o resultado desta solicitação por meio de um Ofício enviado por e-mail e por correio. Esta autorização, se concedida, fica válida por um prazo estabelecido pela Perícia Médica, que via regra é de um ano. Após este prazo, nova documentação médica atualizada deverá ser encaminhada para renovação do benefício.

#### 4. Orientações gerais sobre documentação:

É necessário apresentar o Documento Fiscal do serviço prestado (Nota Fiscal ou Recibo), além do pedido médico ou demais documentos pertinentes ao tipo de atendimento realizado.

**Recibo:** Recibos de pagamento serão aceitos apenas por profissionais autônomos, por serem pessoas físicas mediante apresentação do CPF do profissional executante.

**Nota Fiscal:** Prestadores que possuem CNPJ é obrigatório a apresentação da Nota Fiscal.

- Regras Gerais (Nota Fiscal e Recibo):
- Deverá estar em nome do beneficiário (Paciente) ou, se em nome do titular, deverá conter a informação sobre quem foi o beneficiário (Paciente) do procedimento. Se caso tal informação não constar na Nota Fiscal, deverá ser apresentada carta de correção da Nota Fiscal (documento fiscal) ou poderá ser apresentada uma declaração emitida pelo prestador do serviço – que faça referência ao número da Nota Fiscal – mencionando o nome do beneficiário atendido (paciente);
- Deve conter o valor unitário por procedimento e o valor total;
- Deverá constar a descrição clara do procedimento realizado (nome e/ou código TUSS do procedimento). Expressões genéricas como “Serviço Médico” ou “Serviço Prestado” não são aceitas;
- Não pode englobar atendimentos referentes a mais de um beneficiário

#### Regras Específicas:

1) Recibo deve conter as seguintes informações:

- Nome e CPF do Profissional executante;
- Número de Registro do Profissional no respectivo Conselho (CRM, CRP, CRF, Crefito, etc.);
- Valor pago (numérico e por extenso). Obs: O Recibo dispensa comprovação de quitação pois é considerado um pagamento à vista.

- 2) Nota Fiscal exige-se a prova inequívoca da quitação das Notas Fiscais, tendo em vista que as mesmas atestam apenas a venda ou contratação de um serviço. Este fato não se confunde com a quitação dos valores (gasto) referentes à venda ou serviço contratado.
- 3) Diante disso, a Nota Fiscal deverá estar quitada com alguma dessas formas abaixo:
  - Expressão “pagamento à vista”, “dinheiro” ou “cartão de débito/crédito” no corpo da nota.
  - Carimbo de recebemos (Datado e assinado pelo prestador do serviço).
  - Forma de pagamento “à vista”, “dinheiro” ou “cartão de débito/crédito” em consulta à página da Receita Federal pela chave de acesso.

**Documentos necessários para reembolso**

Procedimentos	Documentos necessários			Observações Específicas
	Documento Fiscal (Nota Fiscal ou Recibo)	Pedido/Relatório Médico	Outros	
<b>Consulta Médica</b>	<b>Deve constar:</b> Nome e CNPJ/CPF do prestador executante, nome do beneficiário, descrição do procedimento, especialidade médica, data de atendimento, carimbo com a assinatura do profissional e número do CRM; Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).	_____	_____	Consultas médicas de mesma especialidade realizadas dentro de um intervalo <b>menor que 15 dias</b> não são passíveis de reembolso.
<b>Consulta Nutricional</b>	<b>Deve constar:</b> Nome e CNPJ/CPF do prestador executante, nome do beneficiário, descrição do procedimento, data de atendimento, carimbo com a assinatura do profissional e número do registro no CRN; Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).	_____	_____	_____
<b>Consulta/ Avaliação para: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional</b>	<b>Deve constar:</b> Nome e CNPJ/CPF do prestador executante, nome do beneficiário, descrição do procedimento, data de atendimento, carimbo com a assinatura do profissional e número do registro no CREFITO/CREFONO/CRP/COFFITO; Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).	_____	_____	_____

<p><b>Pilates</b></p>	<p><b>Deve constar:</b> Nome e CNPJ/CPF do prestador executante, nome do beneficiário, descrição do procedimento, datas das sessões, carimbo com a assinatura do profissional e número do registro no CREFITO;</p> <p>Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).</p>	<p><b>Deve constar:</b></p> <p>Nome do paciente, data de emissão anterior ou igual à data de início da primeira sessão, diagnóstico, CID, indicação e número de sessões indicadas (máximo 30 sessões por pedido médico) e carimbo e assinatura do médico solicitante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plano de tratamento do fisioterapeuta para as sessões indicadas no pedido médico;</li> </ul>	
<p>Tratamento Seriado (ambulatorial) para: <b>Fonoterapia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional</b></p>	<p><b>Deve constar:</b> Nome e CNPJ/CPF do prestador executante, nome do beneficiário, descrição do procedimento, datas das sessões, carimbo com a assinatura do profissional e número do registro no CREFONO/CRP/COFFITO;</p> <p>Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).</p>	<hr/>	<hr/>	
<p>Tratamento Seriado (ambulatorial) para: <b>Fisioterapia, RPG, Acupuntura, Hidroterapia</b></p>	<p><b>Deve constar:</b> Nome e CNPJ/CPF do prestador executante, nome do beneficiário, descrição do procedimento, datas das sessões, carimbo com a assinatura do profissional e número do registro no CREFITO/CRM;</p> <p>Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).</p>	<p><b>Deve constar:</b></p> <p>Data de emissão anterior ou igual à data de início do tratamento, diagnóstico, CID, indicação e número de sessões</p>	<hr/>	
<p><b>Vacina</b></p>	<p><b>Deve constar:</b> Nome do beneficiário, descrição do procedimento (nome da vacina), valores individuais (quando o documento fiscal for associado a mais de uma vacina) e comprovante de quitação.</p>	<p><b>Deve constar:</b></p> <p>Nome do paciente, data de emissão anterior ou igual à data do documento fiscal, indicação da vacina e carimbo e assinatura do médico solicitante.</p>	<p>Cartão de vacina poderá ser solicitado quando houver dúvidas sobre a regularidade da vacinação</p>	<p><b><u>Vacinas que podem ser reembolsadas:</u></b></p> <p><b>Varicela</b> – até 18 anos (dentro da tetraviral não é reembolsável);</p>

				<p><b>HPV</b> - mulheres de 14 a 45 anos ou homens de 15 a 25;</p> <p><b>Hexa</b> (acelular) - para bebês prematuros (no pedido médico deve informar);</p> <p><b>Meningite B</b> - até 18 anos;</p> <p><b>Meningite C</b> - a partir de 4 anos até 18 anos;</p> <p><b>Meningite ACWY</b> - até 18 anos (exceto para faixa etária contemplada pelo SUS);</p> <p><b>Hepatite A</b> – até 18 anos (apenas a dose de reforço);</p> <p><b>Herpes Zoster</b> - acima de 50 anos;</p> <p><b>Rotavírus</b> - somente até 8 meses;</p> <p><b>Dengue</b> – de 9 a 16 anos;</p> <p><b>Pneumo 13</b> - criança ou acima de 50 anos;</p> <p><b>Pneumo 23.</b></p> <p><u>Demais vacinas não são reembolsáveis.</u></p>
<p><b>Assistência domiciliar (fisioterapia, fonoterapia, terapia ocupacional, psicoterapia...)</b></p>	<p><b>Deve constar:</b> Nome e CNPJ/CPF do prestador executante, nome do beneficiário, descrição do procedimento, quantidade e datas das sessões, carimbo com a assinatura do profissional e número do registro no CREFITO/CRM;</p> <p>Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).</p>	<hr/>	<p><b>Relatório de Evolução de atendimentos</b> (com as datas das sessões), carimbado e assinado pelo prestador do serviço.</p>	<p>Para casos de <b>assistência contínua</b> (tratamento prolongado) é necessário solicitar a <b>autorização prévia</b> para a concessão do benefício de reembolso. Para tanto, exige-se a apresentação dos seguintes documentos:</p> <p><b>Requerimento;</b></p> <p><b>Relatório médico</b>, contendo: Descrição do quadro clínico do paciente; Especificação da quantidade de sessões semanais previstas e necessárias; Indicação do tempo necessário para o</p>

				tratamento; e a justificativa para a sessões ocorrerem na modalidade domiciliar. <b>Laudo de exames.</b>
<b>Exames</b>	<b>Deve constar:</b> Nome e CNPJ/CPF do prestador, nome do beneficiário, descrição do procedimento (nome e/ou código TUSS), valores individuais (no caso de mais de um exame); Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).	<b>Deve constar:</b> Nome do paciente, data de emissão anterior ou igual à data do documento fiscal, código do exame, CID, indicação clínica para o exame e carimbo e assinatura do médico solicitante.		
<b>Procedimentos ambulatoriais (Cirurgias de pequeno porte)</b>	<b>Deve constar:</b> Nome e CNPJ/CPF do prestador executante, nome do beneficiário, descrição do procedimento (nome e/ou código TUSS do procedimento); Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).	<b>Deve constar:</b> Nome do paciente, data de emissão anterior ou igual à data do documento fiscal, código do procedimento, CID, indicação clínica e carimbo e assinatura do médico solicitante.		
<b>Honorários médicos Cirúrgicos</b>	<b>Deve constar:</b> Nome do beneficiário, descrição do procedimento (nome(s) e/ou código(s) TUSS do(s) procedimento(s) cirúrgico(s), especificação da atuação cirúrgica dos honorários associados ao documento fiscal (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar, instrumentador e anestesista), bem como valores individuais pagos a cada profissional; Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).	<b>Deve constar:</b> Nome do paciente, diagnósticos, descrição do quadro clínico, informações relacionadas à cirurgia realizada, carimbo e assinatura do médico (CRM).	<b>Descrição Cirúrgica;</b> <b>Boletim Anestésico.</b> (tais documentos constam no Prontuário Médico).	
<b>Internação Hospitalar</b>	<b>Deve constar:</b> Nome do beneficiário, descrição do procedimento e comprovante de quitação.	<b>Deve constar:</b> Nome do paciente, diagnósticos, descrição do quadro clínico, informações relacionadas à internação (justificativa), carimbo e assinatura do médico (CRM).	<b>- Fatura Hospitalar</b> (Conta Paciente) constando o detalhamento dos serviços hospitalares prestados ao paciente. Deve constar a discriminação dos itens, quantidade e valores individuais (diárias, materiais, med., taxas, etc.) associado à Nota Fiscal.	

			Cumpra esclarecer que o valor total da Fatura deve corresponder ao valor total pago da Nota Fiscal. <b>- Prontuário Hospitalar</b>	
<b>Visitas Médicas durante Internação Hospitalar</b>	<b>Deve constar:</b> Nome e CNPJ/CPF do prestador executante, nome do beneficiário, descrição do procedimento, datas das visitas, carimbo com a assinatura do profissional e número do registro no CRM; Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).	<b>Deve constar:</b> Nome do paciente, diagnósticos, descrição do quadro clínico, informações relacionadas às visitas (justificativa), carimbo e assinatura do médico (CRM).	Prontuário Médico com a Evolução das visitas.	
<b>Cirurgia Micrográfica de MOHS</b>	<b>Deve constar:</b> Nome do beneficiário, descrição do procedimento (nome do procedimento, especificação da atuação cirúrgica dos honorários (cirurgião, 1º auxiliar, anestesista), valores individuais pagos; Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).	<b>Deve constar:</b> Nome do paciente, diagnósticos, descrição do quadro clínico, justificativa e demais informações relacionadas à cirurgia realizada, carimbo e assinatura do médico (CRM).		<ul style="list-style-type: none"> <li>Reembolso limitado a um teto de <b>R\$ 10.000,00</b> - decisão do Conselho Diretor em reunião de 02/12/16.</li> <li>Sem cobertura para a taxa de sala.</li> </ul>
<b>Cirurgia Lasik (Miopia)</b>	<b>Deve constar:</b> Nome do beneficiário, descrição do procedimento (nome e/ou código TUSS, informar se unilateral/bilateral); Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).	<b>Deve constar:</b> Nome do paciente, CID, descrição do quadro clínico, indicação (unilateral/bilateral) e justificativa para a realização da cirurgia, carimbo e assinatura do médico (CRM).		<ul style="list-style-type: none"> <li>Além do critério da ANS, o Pró-Saúde reembolsa procedimento para pacientes com grau de miopia entre 2 e <b>5 graus</b>. Neste caso, a cobertura é somente por reembolso.</li> </ul>
<b>Lente para cirurgia de Catarata</b>	<b>Deve constar:</b> Nome do beneficiário, descrição do procedimento (modelo e quantidade) e comprovação de quitação.	<b>Deve constar:</b> Nome do paciente, diagnósticos, descrição do quadro clínico, justificativa e demais informações relacionadas à cirurgia realizada, carimbo e assinatura do médico (CRM).		<ul style="list-style-type: none"> <li>Reembolso limitado a um teto de <b>R\$ 600,00</b> por lente.</li> <li>Reembolsável somente se o procedimento for realizado <b>em clínica não credenciada</b>;</li> </ul> <p>Se o procedimento for realizado <b>em clínica credenciada</b>, não é reembolsável, pois o código de cirurgia já inclui as lentes.</p>
	<b>Deve constar:</b> Nome e CNPJ/CPF do prestador, nome do beneficiário, descrição do	<b>Deve constar:</b> Nome do paciente, CID, descrição do		

<b>Dermatoscopia/ Fotodermatoscopia</b>	procedimento (qtde de lesões mapeadas), carimbo com a assinatura do profissional e número do registro no CRM; Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).	quadro clínico, indicação e justificativa para o procedimento, qtde de lesões e carimbo e assinatura do médico (CRM).		
<b>Remoção em ambulância</b>	<b>Deve constar:</b> Nome do beneficiário, descrição do procedimento (data da remoção, local de partida e destino, tipo de ambulância – UTI ou Simples, descrição do valor dos honorários médicos/enfermagem, se houver) e comprovante de quitação.	<b>Deve constar:</b> Nome do paciente, diagnóstico, justificativa para remoção e carimbo e assinatura do médico (CRM).	<b>Guia de remoção</b> emitida pelo prestador do serviço.	Valor UTI + Médico: <b>R\$1.000,00;</b> Valor com médico sem UTI: <b>R\$700,00;</b> Valor com Paraméd/Enferm: <b>R\$250,00</b> por trecho O reembolso de remoção só é autorizado de um não credenciado / SUS para uma unidade hospitalar credenciada ou quando a unidade hospitalar credenciada não disponha de leitos ou recursos materiais e/ou humanos necessários para o tratamento do paciente
<b>Hormônio de Crescimento</b>	<b>Deve constar:</b> Nome do beneficiário, descrição do procedimento (nome do medicamento) e comprovante de quitação.			Reembolso limitado a um teto mensal de <b>R\$1.500,00.</b> É necessário solicitar a <b>autorização prévia</b> para a concessão do benefício de reembolso. Para tanto, exige-se a apresentação dos seguintes documentos: <b>Requerimento;</b> <b>Relatório médico</b> , contendo: Planejamento terapêutico; Dose; Intervalo entre as aplicações; Estatura dos Pais. <b>Dados do nascimento da criança, contendo:</b> Estatura; Peso; Idade gestacional; Condições da gravidez. <b>Cartão do Hospital/Pediatra</b> , contendo: Registro da curva do crescimento (cópia);

				Estatura dos Pais. <b>Laudos de exames</b> (Idade óssea; Ecografia pélvica (sexo feminino); Laboratoriais).
<b>Dispositivo Intrauterino (DIU)</b>	<p align="center"><b><u>Reembolso dos honorários</u></b></p> <p><b>Deve constar:</b> Nome e CNPJ/CPF do prestador executante, nome do beneficiário, descrição do procedimento (inserção do DIU Hormonal/Não Hormonal), carimbo com a assinatura do profissional e número do registro no CRM; Valor numérico e por extenso (para Recibo); e Comprovante de quitação (para Nota Fiscal).</p> <p align="center"><b><u>Reembolso da compra do Dispositivo</u></b></p> <p><b>Deve constar:</b> Nome do beneficiário, descrição do procedimento (compra do DIU Hormonal/Não Hormonal) e comprovante de quitação.</p>	<p><b>Deve constar:</b></p> <p>Nome do paciente, data de emissão anterior ou igual à do documento fiscal, indicação e justificativa para a utilização do dispositivo, carimbo e assinatura do médico (CRM).</p>		
<b>Aparelho Auditivo</b>	<p><b>Deve constar:</b> Nome do beneficiário, descrição do procedimento (modelo do aparelho e quantidade) e comprovante de quitação.</p>	<p><b>Deve constar:</b></p> <p>Nome do paciente, CID, descrição do quadro clínico, indicação (unilateral/bilateral) e justificativa para a utilização do aparelho, carimbo e assinatura do médico (CRM).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Laudos de audiometria;</b></li> <li>▪ <b>Teste do aparelho</b> (Laudo sobre o ganho auditivo apurado no período de testes normalmente feito pela própria empresa fornecedora do aparelho);</li> <li>▪ <b>Três (03) orçamentos.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reembolso limitado ao teto de até <b>R\$6.500,00</b> por ouvido.</li> <li>▪ Carência de <b>cinco (05) anos</b> para ter direito a solicitar reembolso de novo aparelho.</li> </ul>
<b>Observações Gerais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ausência de informação na Nota Fiscal:</b> Para os casos quem a Nota Fiscal é emitida sem conter todas as informações necessárias, solicitamos o envio de uma <b>Declaração do prestador</b> – que faça referência ao número da Nota Fiscal – que mencione a informação ausente na Nota Fiscal emitida (Ex: datas de sessões, nome do beneficiário, nome do procedimento, quitação, etc.).</li> <li>• <b>Aprovação do reembolso para procedimentos que requerem apresentação do pedido/relatório médico:</b> A documentação enviada (Documento Fiscal, Pedido médico, etc.) é submetida à análise de Auditoria Médica e a concessão do benefício de reembolso <b>depende de aprovação da Perícia.</b></li> <li>• Poderá a Perícia Médica solicitar a apresentação de outros documentos que julgar necessários à análise do pleito.</li> </ul>			