



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO
SUPERINTENDÊNCIA



FORMULÁRIO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS EMERGENCIAIS – F.01

ORIENTAÇÕES

1. O presente formulário deve ser utilizado para solicitações de reembolsos previstos nas normas vigentes, no tocante a atendimentos de urgência / emergência realizados fora do Hospital Cruz Azul de São Paulo e da rede credenciada.
 - a. O requerimento deve ser apresentado em até 120 dias do desconto em folha;
 - b. A CBPM poderá solicitar documentos complementares de qualquer procedimento para a análise do reembolso. Nesses casos, o prazo para pagamento contará a partir do recebimento da documentação adicional;
 - c. O prazo previsto para reembolso é de até 90 dias.
2. Anexar cópia dos documentos que se fazem necessários para a avaliação de urgência / emergência:
 - **Cópia do RG e CPF do beneficiário;**
 - **Fatura emitida pelo hospital (Conta Hospitalar):** com a descrição detalhada da conta hospitalar individualizando os itens, inclusive diárias, taxas, relação de materiais (indicando marca, modelo e fabricante), medicamentos utilizados e exames efetuados e cobrados durante a internação, com os respectivos valores unitários, data da alta e período de cobrança, seja de internação, pronto socorro, cirúrgica, ambulatorial ou obstétrica. Devem constar em um dos documentos citados a participação e os valores correspondentes de cada membro da equipe que realizou o atendimento (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar etc.).
 - **Relatório ou Ficha Médica:** documento utilizado por profissionais que trabalham no consultório médico, em laboratórios ou centros hospitalares. Contendo nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, indicação para a internação e descrição e período do atendimento. Datado, assinado e carimbado. No caso de atendimento clínico, devem ser informados a especialidade, o número e as datas das visitas hospitalares cobradas.
 - **Nota Fiscal e recibo de quitação** emitida pelo hospital, contendo: nome do paciente, data do evento, valor pago, razão social, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e CNPJ do hospital;
 - **Boletim operatório** com a descrição do ato cirúrgico (somente no caso de cirurgias);
 - **Laudos dos exames** de imagem e laboratoriais pré e pós-operatórios relacionados à patologia (se houver);
 - **Pareceres de especialistas** relacionados à patologia (se houver);
 - **Prontuário médico completo:** Boletim de internação, guia de internação, relatório de alta, termos de consentimento se houver, evoluções clínicas, prescrições médicas, sistematização da assistência de enfermagem, evoluções e anotações de enfermagem, fichas de controles, se houver etc.
 - **Comprovante de desembolso:** como evidência de uma transação financeira realizada.
 - **Partograma:** Nos atendimentos ao parto (natural ou cesáreo).
3. A avaliação de urgência / emergência, assim como o eventual reembolso, sendo total ou parcial, será realizada pelo Hospital Cruz Azul de São Paulo, após aprovação do pedido e descontada a parcela de coparticipação.
4. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) pode ser consultado através do link: <https://ans.gov.br/qualiss-pesquisa/>

DADOS PESSOAIS DO(A) REQUERENTE / CONTRIBUINTE

Nome		<input type="checkbox"/> Policial Militar <input type="checkbox"/> Pensionista	
RE ou Matrícula	CPF	Posto ou Graduação	
Contatos do(a) Requerente			
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone outro - recado	Email Pessoal
Banco	Agência	Conta	Valor pretendido de reembolso
DADOS PESSOAIS DO(A) PACIENTE / BENEFICIÁRIO			
Nome		CPF	

Visto contribuinte _____

