

Nº Protocolo de Remessa:

Recebido pela URR em:

___/___/___

Ass:

FOP 026.05 - DECLARAÇÃO PARA REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS

Eu _____, MATRÍCULA Nº _____

CARGO/FUNÇÃO _____, declaro estar ciente do rol de procedimentos cobertos pelo plano, bem como que o valor do reembolso solicitado deverá ocorrer conforme as tabelas praticadas pela Postal Saúde na Unidade Federativa onde se deu o atendimento, descontando a coparticipação.

Declaro ter ciência de que a lista de procedimentos reembolsáveis é limitada, bem como o valor do ressarcimento varia em função das tabelas de preços praticadas em cada Estado, no momento da realização do procedimento.

Declaro, sob pena dos artigos 171 e 299 do código penal e 927 do código civil, que os serviços médicos/hospitalares e/ou odontológicos descrito(s) no(s) documento(s) fiscal (is) ou recibo(s) foi(foram) por mim devidamente pago(s).

INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (TITULAR)
 Ativo

 Aposentado

Nome (Completo e sem abreviação):

Data de Nascimento:
 ___/___/___

Nº do CIB:

Validade do CIB:
 ___/___/___

Referência Salarial:

E-mail:

Telefone com./res.:
 (___) _____

Telefone celular:
 (___) _____

Endereço:

CEP:
 _____-____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____

INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (DEPENDENTE)
Nome (Completo e sem abreviação):

Data de Nascimento:
 ___/___/___

Nº do CIB:

Validade do CIB:
 ___/___/___

E-mail:

Telefone com./res.:
 (___) _____

Telefone celular:
 (___) _____

Endereço:

CEP:
 _____-____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____

 Beneficiário Ativo (Titular / Aposentado)

JUSTIFICATIVA¹

TIPO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO		TIPO DE ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/> Integral	<input type="checkbox"/> Livre-Escolha	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Odontológico
INFORMAÇÕES DAS NOTAS FISCAIS (*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)			
Data: ____/____/____	Nº da Nota Fiscal: _____	Especialidade: _____	Código TUSS: _____
Descrição do Procedimento principal*: _____ _____			Valor Apresentado: R\$ _____
Data: ____/____/____	Nº da Nota Fiscal: _____	Especialidade: _____	Código TUSS: _____
Descrição do Procedimento principal*: _____ _____			Valor Apresentado: R\$ _____
Data: ____/____/____	Nº da Nota Fiscal: _____	Especialidade: _____	Código TUSS: _____
Descrição do Procedimento principal*: _____ _____			Valor Apresentado: R\$ _____
INFORMAÇÕES DOS RECIBOS (*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)			
Data: ____/____/____	Nº do Recibo: _____	Especialidade: _____	Código TUSS: _____
Descrição do Procedimento principal*: _____ _____			Valor Apresentado: R\$ _____
Razão Social/Nome*: _____			
Endereço*: _____ _____		Cidade: _____	UF: _____
Telefone: () _____	E-mail: _____		
Observações: _____ _____ _____			
Data: ____/____/____	Nº do Recibo: _____	Especialidade: _____	Código TUSS: _____
Descrição do Procedimento principal*: _____ _____			Valor Apresentado: R\$ _____
Razão Social/Nome*: _____			

Endereço*: _____ _____		Cidade: _____	UF: _____
Telefone: () _____	E-mail: _____		
Observações: _____ _____ _____			
Data: __/__/____	Nº do Recibo: _____	Especialidade: _____	Código TUSS: _____
Descrição do Procedimento principal*: _____ _____ _____			Valor Apresentado: R\$ _____
Razão Social/Nome*: _____			
Endereço*: _____ _____		Cidade: _____	UF: _____
Telefone: () _____	E-mail: _____		
Observações: _____ _____ _____			
ASSINATURA			
Declaro que todos os dados acima são verdadeiros.			
_____ Local e Data			
_____ Beneficiário			
			1ª Via (Original) - URR.

¹É necessário justificar o motivo para solicitação de reembolso, conforme as regras do Plano. Essa justificativa deverá ser preenchida somente nos casos de solicitação de reembolso integral (quando não houver prestador credenciado para especialidade desejada na região de domicílio do Beneficiário).