

CONTATO COM A CBPM ASSISTÊNCIA MÉDICA SERVIÇOS CADASTRO BENEFÍCIOS TRANSPARÊNCIA INSTITUCIONAL





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO

FORMULÁRIO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS EMERGENCIAIS



SUPERINTENDÊNCIA

ANEXO "D" da Portaria Nº CBPM-16/01/2022

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);
- Laudo 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 PES	SOAIS DO(A) REQUERENTE / CONTRIBUINTE			
Nome		Situação			
CARLOS DE OLIVEIRA FILHO		Policial Militar			
RE ou matrícula	CPF	Posto/Grad	luação		
1019180	1086628	6837 CABO PM			
		CONTATOS DO(A) REQUERENTE			
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone Outro - Recado	E-mail Pessoal		
(11) 3428-0218	(11) 98298-0956	NÃO POSSUI	cako_filho@yahoo.com		
Banco	Agência	Conta	Valor pretendido de reembolso		
123	1231	12313-2	12312		
	DADOS P	ESSOAIS DO(A) PACIENTE / BENEFICIÁRIO			
Nome					
teste					
CPF					
47029502825					
	DAD	OS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
Nome Razão Social		CNPJ			
teste teste		12345678912456			
Logradouro (endereço):	Número	Compleme	Complemento		
Rua Augusto Schikanowski	123	Complem	nento		
CNES	Cidade	UF	CEP		
	Mauá	SP	09320530		
321561		UF SP			
Por intermédio do presente formulá	rio, requeiro/solicito				
	Data / /	Assinatura contribuinte:			

Documentos Apresentados e conferidos						
() RG e CPF do beneficiário () Relatório ou Ficha Médica. () Boletim operatório. () Parecer de especialistas. () Comprovante de desembolso. ()		(() Fatura/Conta Hospitalar.) Nota Fiscal e recibo de quitação.) Laudo dos exames.) Prontuário médico completo			
PROCEDIMENTO Conferido por Atualizado por Digitalizado por Lançado por	DATA//		NOME	RUBRICA		
(uso interno)						