





CARLOS DE OLIVEIRA FILHO

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA



CARLOS

CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO SUPERINTENDÊNCIA

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

FORMULÁRIO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS EMERGENCIAIS

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.
 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 PESSOAIS DO(A) REQUERENTE / CONTRIBUINTE
Nome

Policial Militar

RE ou matrícula	CPF	Posto/Graduação		
1019180	10866286837	CABO PM		
	COI	NTATOS 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	123-1	10265198-12	200,00	
	DADOS PESS	OAIS DO(A) PACIENTE / BENEFICIÁRIO		
Nome				
Rennan				
CPF				
47029502825				
	DADOS	DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		
Nome Razão Social		CNPJ		
rennan social		123456789/0001-1		
Logradouro (endereço):	Número	Co	mplemento	
Rua Augusto Schikanowski	321654		Complemento	
CNES	Cidade	UF	CEP	
15948762	Mauá	SP	09320530	
Por intermédio do presente form	ulário, requeiro/solicito			

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

Data, _____ / _____ / _____ Assinatura contribuinte: _____

Assinado no Portal de Serviços CBPM (cbpm.sp.gov.br) por meio de login e senha de CARLOS DE OLIVEIRA FILHO, usuário cadastrado como contribuinte ativo no sistema AMH da CBPM

Processado em 26/02/2024, 09:17:38

Rua Alfredo Maia, 218 - Luz - São Paulo - SP - CEP: 01106-010 - Fone: 11-3315 3000 Copyright © 2013 - Caixa Beneficente da Polícia Militar - 251850.245062.294







