



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
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none">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.
<p>2. Anexar cópia dos documentos que se fazem necessários para a avaliação de urgência / emergência:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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).
<p>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.</p>
<p>4. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) pode ser consultado através do link: https://ans.gov.br/qualiss-pesquisa/</p>

DADOS PESSOAIS DO(A) REQUERENTE / CONTRIBUINTE			
Nome		() Policial Militar () 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 _____

