

**Solicitação de reembolso médico**

Nome Titular: _____	CPF Titular: _____
<input type="checkbox"/> Procedimento Realizado pelo próprio titular	<input type="checkbox"/> Procedimento Realizado por dependente:
Nome do Dependente se for o caso: _____	
E-mail _____ Fone _____	
Assinale uma das opções para o depósito, indicando para quem o reembolso deve ser realizado e preencha os dados bancários na opção escolhida:	
<input type="checkbox"/> Dados Bancários do Titular: Banco _____ Agência: _____ C/C _____ CPF Titular da Conta _____	
<input type="checkbox"/> Dados Bancários do Dependente: Banco _____ Agência: _____ C/C _____ CPF Titular da Conta _____	
<b>**IMPORTANTE: O depósito será realizado apenas para TITULAR ou DEPENDENTE que realizou o procedimento. <u>EM HIPÓTESE ALGUMA SERÁ REALIZADO O DEPÓSITO EM CONTA DE TERCEIROS, AINDA QUE O DEPENDENTE NÃO TENHA CONTA BANCÁRIA.</u></b>	

Número do Protocolo de autorização reembolso Casacaresc/Unimed (quando houver): \_\_\_\_\_.

( ) **Consulta:** Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido;( ) **Exames:** Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido; Cópia do pedido médico;( ) **Lente Intraocular catarata:** Cópia do pedido médico, nota fiscal do produto, com identificação do paciente, nº do lote, nº da série do material, data da validade do produto, nº registro da Anvisa e cópia das etiquetas comprobatórias de rastreabilidade. **Em sendo a nota de serviços, declaração mencionando o nº da nota e que contemple ao que se refere a nota de serviço. Ex: Lente intraocular SN60WF implantada no olho esquerdo.**( ) **Material/medicamento:** Cópia do pedido médico; Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido; justificativa técnica do médico assistente; cópia do relatório cirúrgico ou prontuário do paciente. OBS: Medicamento de uso domiciliar cobertura somente para oncológico.( ) **Honorário médico:** Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido com a descrição do procedimento realizado. Quando **cirúrgico**, detalhar quantos cirurgiões e anestesista ou instrumentador cirúrgico. Enviar cópia do relatório cirúrgico ou prontuário do paciente.( ) **Vacina contra gripe:** Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido e o tipo da vacina;( ) **Aparelho auditivo:** Nota fiscal em nome do beneficiário atendido; Cópia de pedido médico, cópia do laudo de audiometria.( ) **Sessões de psicoterapia, fonoaudiologia, nutricionista e fisioterapia (RPG, Osteopatia, Quiropraxia):** Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido, com a descrição do procedimento realizado e as datas de atendimento, cópia do pedido médico com indicação clínica ou relatório do profissional com justificativa do tratamento e plano terapêutico.( ) **Home Care:** ver documentos solicitados no ato da autorização.**Observações:**

- São aceitos para reembolso nota fiscal (pessoa jurídica) ou recibo (pessoa física) datado e assinado pelo executor;
  - I - **se pessoa física:** recibo deve ser emitido pelo profissional contendo número do registro no respectivo conselho regional e número de inscrição no cadastro de contribuintes do Ministério da Fazenda – **CPF, endereço e ou CNS do profissional;**
  - II - **se pessoa jurídica:** a nota fiscal deve ser emitida contendo número de registro no **CNPJ;**
- Se a Nota fiscal ou o Recibo for emitido em nome do titular e o tomador dos serviços é um dependente, escrever no corpo da nota ou do recibo quem recebeu os serviços;
- O prazo para solicitação de reembolso é de 12 meses a contar da data do atendimento;
- A Casacaresc fará o reembolso em até 30 (trinta) dias, após o recebimento dos documentos citados acima.

**O envio dos documentos deve ser por:**

- **Email:** [reembolso@casacaresc.org.br](mailto:reembolso@casacaresc.org.br) ou
- **Whatsapp:** (48) 98844-2114 (com foto legível) ou
- **Carta ou presencial:** Rodovia Admar Gonzaga, Número1347, Bairro Itacorubi – Florianópolis- SC- CEP: 88034-901; ou
- **Via malote da Epagri**

**Importante:****A falta de documento/informação no prazo de 30 dias, a contar da solicitação do reembolso, implicará devolução ou arquivamento temporário processo para regularização.**Leia atentamente as informações acima e, em caso de dúvidas, enviar no email [reembolso@casacaresc.org.br](mailto:reembolso@casacaresc.org.br) ou por telefone no (48)3665 5473.\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
(Local, dia mês e ano)\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário solicitante