



REEMBOLSO DE DESPESAS - RD

I – PARA USO DO SERVIDOR

CNPJ/CPF DO NÃO CREDENCIADO

NOME DO NÃO CREDENCIADO

MATRÍCULA

NOME DO PACIENTE

NOME DO TITULAR DO PLAM

ÓRGÃO:

RAMAL/TEL:

DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO

Banco:

Agência:

Conta Corrente:

MOTIVO DO REEMBOLSO: DESPESAS HOSPITALARES COM EQUIPE CIRÚRGICA EXAMES

EQUIPE CIRÚRGICA CONSULTAS ANESTESIA REMOÇÕES TRATAMENTOS

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS MATERIAL CIRÚRGICO LENTE INTRAOCULAR

DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

1. Relatório do Médico Assistente, com carimbo do CRM (Conselho Regional de Medicina) ou equivalente e CPF.
2. Conta Hospitalar incluindo: material, medicamentos, período de internação, principais intercorrências.
3. Recibos de Honorários de Médicos, Auxiliares, Anestesiastas, outros, devidamente assinados e com carimbo do CRM (Conselho Regional de Medicina) ou equivalente.
4. O Reembolso de internação só será autorizado nas localidades onde não exista rede credenciada.

Estou ciente das normas regulamentares para ressarcimento de despesas

Em, ___/___/___

Assinatura do Associado

II – PARA USO DO PLAM-CNEN

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	VALOR PAGO	VALOR REEMBOLSADO
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
TOTAL GERAL		

EM ___/___/___

Assinatura do Conferente