



SENADO FEDERAL
Secretaria de Gestão de Pessoas
Coordenação-Geral de Saúde

REQUERIMENTO DE REEMBOLSO

1. Após a realização do tratamento odontológico e emitido o documento fiscal, preencha o formulário e salve as alterações.
2. Caso não tenha acesso ao SIGAD, ou tenha dificuldades no cadastro de documentos eletrônicos:
 - 2.i. Preencha totalmente os campos abaixo;
 - 2.ii. Imprima, insira a data e assine o Requerimento;
 - 2.iii. Envie por anexo de e-mail, em arquivo nos formatos JPG ou PDF, o requerimento, junto à documentação pertinente ao tipo de tratamento executado, descrita em 3.ii, ao endereço eletrônico para registro do pedido: ressarcimento.sis@senado.leg.br.
3. Se você tem acesso ao SIGAD, siga as seguintes instruções:
 - 3.i. Cadastre como Documento interno o documento no SIGAD; Espécie "Formulário", Grau de Sigilo "Dados de Saúde", Código de Classificação Arquivística "56.07.02.26" e assine eletronicamente (Certificação Digital).
 - 3.ii. Digitalize os originais dos relatórios dos profissionais de saúde, orçamento/planejamento do profissional executor do tratamento e notas fiscais e/ou recibos.
 - 3.iii. Faça o upload de todos como anexos no documento do SIGAD.
4. Anote o número do protocolo do SIGAD, para seu próprio controle.
5. Tramite o documento para o Serviço de Pagamento do SIS (SEPASI).
Caso seja necessário envio via Correios, o endereço é: Senado Federal, Sistema Integrado de Saúde (SIS), Via N2, bloco 17-A, sala 21, Serviço de Pagamento do SIS (SEPASI), CEP 70.165-900, Brasília/DF.

1. Identificação do requerente:

Nome: _____

E-mail: _____

Ramal: _____ Telefone residencial: _____

Telefone celular: _____

CPF: _____

2. Beneficiário atendido:

Nome: _____

TITULAR

DEPENDENTE

Matrícula ERGON do titular: _____

3. Tipo de ressarcimento pretendido:

Assistência domiciliar (*Home Care*, assistência de enfermagem, cuidador e profissionais vinculados a estas modalidades de tratamento).

Tratamento continuado (ambulatorial ou domiciliar, exceto nos casos de autorização de *Home Care*, assistência de enfermagem e cuidador):



SENADO FEDERAL
Secretaria de Gestão de Pessoas
Coordenação-Geral de Saúde

Acupuntura

Fisioterapia

Fonoaudiologia

Terapia ocupacional

Oxigenoterapia

Medicamentos

Tratamento de obesidade mórbida

Procedimento de cobertura obrigatória em virtude da ausência de profissionais credenciados na rede

Consultas e/ou visitas hospitalares

Anestesiologia

Pediatria (inclusive pronto-socorro)

Consulta em pronto-socorro (exceto pediatria)

Endocrinologia, geriatria, psiquiatria, reumatologia, infectologia ou pneumologia

Nutrição

Odontologia (qualquer especialidade)

Visita hospitalar (qualquer especialidade)

Outras especialidades médicas

Honorários de procedimentos cirúrgicos/anestesia

Exames complementares

Materiais

Outros _____

4. Declaração:

Declaro pleno conhecimento do inteiro teor do Regulamento do SIS, bem como de suas normas regulamentadoras. Estou ciente de que *"É facultado ao beneficiário do SIS utilizar serviços prestados por profissionais e instituições de sua livre escolha, não credenciados pelo SIS, sendo assegurado ao beneficiário-titular o reembolso parcial da despesa, limitado aos respectivos valores das tabelas adotadas pelo SIS, dele deduzindo-se a importância correspondente à sua participação financeira na despesa"*. (art. 38 do Regulamento)

Ademais, com o fim de tornar a análise dos requerimentos de reembolso mais aderente ao Regulamento do SIS, evitar delongas no processo pericial e, conseqüentemente, atrasos nos pagamentos, informamos que todos os pedidos devem (art. 39 do Regulamento do SIS):



SENADO FEDERAL
Secretaria de Gestão de Pessoas
Coordenação-Geral de Saúde

a) em caso de recibo: além de descrever claramente a natureza do atendimento, ter emissão em nome do beneficiário-titular, conter nome completo e CPF do profissional que realizou o atendimento, carimbo com a indicação do respectivo registro no conselho de classe e data(s) do(s) atendimento(s); e

b) em caso de nota fiscal: além de descrever claramente a natureza do atendimento, ter emissão em nome do beneficiário-titular e data(s) do(s) atendimento(s).

Em ambos os casos citados acima, recomenda-se encaminhamento de relatório emitido pelo profissional prestador do serviço contendo o nome do paciente atendido, data(s) e descrição do(s) atendimento(s), inclusive consultas médicas e/ou odontológicas, com codificação em padrão da TUSS, a fim de evitar nova solicitação da perícia do SIS.

Em caso de atendimentos cirúrgicos, somadas às exigências acima, os requerimentos deverão sempre conter especificação da equipe cirúrgica, com os honorários pagos a cada profissional, relatório médico/odontológico com data(s) de atendimento(s) e codificação em padrão TUSS, bem como boletim anestésico, se for o caso.

Sobre o mesmo tema, sempre é bom lembrar que:

a) os documentos, notas fiscais ou recibos, devem ser emitidos em até 60 (sessenta) dias a contar da realização do procedimento, sob pena de indeferimento;

b) a perícia do SIS tem a prerrogativa de solicitar documentação adicional a qualquer tempo, sempre que necessário, para elucidação de suas análises;

c) as situações acima elencadas são válidas para todos os tipos de atendimentos, inclusive consultas, médicas e/ou odontológicas;

d) documentos ilegíveis, rasurados ou com emendas, em que a leitura não seja clara, poderão ter substituição requerida, ou até mesmo receber indeferimento;

e) notas fiscais e/ou recibos com tratamentos 'genéricos' (exemplos: procedimento médico; serviço prestado; etc) não serão aceitos, a não ser que estejam acompanhados de relatório do profissional em que se discrimine claramente o tratamento; e

f) os formulários de pedido de reembolso devem ser preenchidos na íntegra. Possuem um campo específico para indicação do beneficiário que foi atendido. Caso o titular não o preencha, será considerado que o paciente é o próprio, podendo causar distorções no informe de imposto de renda. Alternativamente, a despeito de as notas fiscais e recibos serem encaminhados em nome do beneficiário-titular, sempre sugerimos indicação do nome do atendido.

Em ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) requerente