



SENADO FEDERAL
Secretaria Integrada de Saúde

REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO ODONTOLOGIA FORMULARIO ÚNICO

Este formulário contém 04 páginas e as orientações para envio encontram-se após os campos para preenchimento.

1. Identificação do requerente:

Nome:

E-mail:

Ramal:

Telefone residencial:

Telefone celular:

CPF:

Inscrição no SIS:

UF:

2. Beneficiário submetido ao tratamento:

Nome:

TITULAR

DEPENDENTE

PENSIONISTA

Matrícula ERGON do titular:

3. Tipo de ressarcimento pretendido:

Ressarcimento em Regime Especial (para beneficiários em situação especial)

Ressarcimento por procedimento realizado em regime de urgência/emergência

Outros procedimentos odontológicos de Livre Escolha

4. Identificação do prestador

Nome:

CRO:

UF:

E-mail:

Telefone celular:



SENADO FEDERAL
Secretaria Integrada de Saúde

REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO ODONTOLOGIA FORMULARIO ÚNICO

5. 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)

6. Informações importantes:

Com a finalidade 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):

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

b) em caso de nota fiscal: além de descrever claramente a natureza do atendimento, ter emissão em nome do beneficiário e descrição dos eventos que estão sendo pagos;

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 odontológicas, com codificação em padrão da TUSS, a fim de evitar nova solicitação da perícia do SIS.

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



SENADO FEDERAL
Secretaria Integrada de Saúde

REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO ODONTOLOGIA FORMULARIO ÚNICO

d) 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) os formulários de pedido de reembolso devem ser preenchidos na íntegra. Possuem um campo específico para indicação do beneficiário submetido ao tratamento. 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.

f) os ressarcimentos serão concedidos nos valores das tabelas do plano, deduzida a coparticipação no plano de saúde, e após a análise da perícia do SIS, nos termos da IN nº 15, de 2021 do CSIS.

Em / /

(Assinatura do requerente)



SENADO FEDERAL
Secretaria Integrada de Saúde

REQUERIMENTO DE RESSARCIMENTO ODONTOLOGIA FORMULARIO ÚNICO

ORIENTAÇÕES PARA REGISTRO DO REQUERIMENTO E ENVIO DE DOCUMENTOS

1. Se você tem acesso ao Sistema Informatizado de Gestão Arquivística de Documentos (Sigad):

- 1.1. Após a realização do tratamento odontológico, preencha o formulário e salve as alterações.
- 1.2. Digitalize (em PDF) os originais dos relatórios dos profissionais de saúde, do orçamento/planejamento do profissional executor do tratamento, dos laudos e exames (se houver), e das notas fiscais e/ou recibos.
- 1.3. Inicie um registro como “Documento interno” no Sigad. Selecione Espécie/Formato: “Requerimento”. A Classificação Arquivística é “56.07.07– REQUERIMENTO DE REEMBOLSO DE DESPESAS”.
- 1.4. Complete o preenchimento dos campos e faça o upload do formulário e demais documentos, inserindo-os como anexos (todos em PDF).
- 1.5. Assine eletronicamente (Certificação Digital).
- 1.6. Anote o número do protocolo do Sigad, para seu próprio controle.
- 1.7. Tramite o documento para o Serviço de Pagamento do SIS (SEPASI).
- 1.8. Em caso de dúvidas ou dificuldade com o cadastro de documentos no Sigad, entre em contato com o Sigad Suporte: (61) 3303-3719 / 1563 / sigadsuporte@senado.leg.br .

2. Caso não tenha acesso ao Sigad, utilize o protocolo eletrônico do Senado Federal:

- 2.1. Após a realização do tratamento odontológico, preencha o formulário e salve as alterações. Imprima e assine.
- 2.2. Digitalize (em PDF) os relatórios dos profissionais de saúde, do orçamento/planejamento do profissional executor do tratamento e das notas fiscais e/ou recibos.
- 2.3. Acesse www.senado.leg.br/e-protocolo e faça seu cadastro de usuário e senha (apenas no primeiro uso). Para assistir ao vídeo explicativo sobre como usar o e-Protocolo, clique aqui.
- 2.4. Registre a solicitação no e-Protocolo e anexe o formulário e os documentos.
- 2.5. Em caso de dúvida ou problema, seguem os telefones do setor de protocolo (SEPROT) para receber auxílio: (61)3303-3989 / (61) 3303-3044 / (61) 3303-3358 / (61) 3303-3427.