



## CHECKLIST SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

### Instruções Gerais

1. O requerimento de benefício é individual. Utilize um para cada beneficiário;
2. Os documentos enviados devem ser originais, conter a identificação do prestador e do paciente e não possuir datas futuras;
3. Antes de enviar os documentos originais para solicitação de reembolso, tire cópias e guarde -as para sua Declaração de Imposto de Renda;
4. Para análise e pagamento do reembolso referente às despesas cobertas contratualmente, é necessária a entrega da documentação completa (verificar os itens abaixo);
5. O prazo para apresentação de pedidos de reembolso é de 1 (um) ano, prazo contado da data de realização do procedimento ou evento cobertos pelo plano de assistência à saúde oferecido pela CAMPERJ;
6. O prazo para pagamento do reembolso é de até **dez dias úteis**, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária. A CAMPERJ se reserva ao direito de solicitar documentos complementares para a análise do reembolso. Nesses casos, o prazo para pagamento contará a partir do recebimento da documentação complementar;
7. Os procedimentos que requerem autorização prévia no âmbito do regime de credenciamento também demandam prévia autorização na modalidade de livre escolha, a fim de viabilizar o pagamento de reembolso;
8. Em caso de dúvida, entrar em contato com a CAMPERJ – CAIXA DE ASSISTÊNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, localizada à Rua do Ouvidor, 60 – 6º andar – Centro – Rio de Janeiro ou com o Posto de Atendimento CAMPERJ, situado no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro: Av. Marechal Câmara, 370 – 4º andar – Centro - Rio de Janeiro ou ainda pela **Central de Atendimento 24h** pelos telefones **(21) 2224-9688 - SAC 0800 580 2428**
9. Para acompanhamento do seu reembolso, acesse o Portal do Beneficiário:  
**[camperj.topsaude.com.br/portalbeneficiario](http://camperj.topsaude.com.br/portalbeneficiario)**
10. Documentações incompletas serão devolvidas.

### 1. Consulta Médica

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>Recibo original que deve conter:</b> Nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, nome, especialidade, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico. |
| <input type="checkbox"/> | <b>Nota fiscal que deve conter:</b> Nome e CNPJ da instituição, valor pago, nome do paciente, descrição e data do atendimento, especialidade e carimbo do médico.     |
| <input type="checkbox"/> | <b>Relatório médico:</b> Para os casos de reconsulta médica no prazo inferior a 15 (quinze) dias do primeiro evento ou consulta eletiva domiciliar.                   |

### 2. Ostomias

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>Relatório médico que deve conter:</b> doença de base que levou à confecção do estoma, tipo de cirurgia realizada, permanência do estoma, tipo da estoma, alça, terminal, duas bocas ou outras, localização da região abdominal e do sistema digestório ou urinário, data da realização do procedimento cirúrgico, quadro clínico e definição dos equipamentos necessários. |
| <input type="checkbox"/> | <b>Nota fiscal do fornecedor/ distribuidor / fabricante que deve conter:</b> Nome e CNPJ do emitente, data da emissão, nome do paciente, valor pago, descrição do material, marca, modelo e fabricante.   |

### 3. Exames de Imagem (tais como RX, TC, RM, Ultras, etc..)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>Pedido médico (cópia) que deve conter:</b> nome do paciente, nome de cada exame e justificativa para a(s) respectiva(s) solicitação(ões).   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Recibo original ou nota fiscal (com nome e CNPJ da instituição) que deve conter:</b> valor pago, nome do paciente, data do atendimento, nome de cada exame realizado com seu valor unitário e, se for o caso, descrição dos materiais e medicamentos com valores unitários. |

**4. Exames Laboratoriais**

<input type="checkbox"/>	<b>Pedido médico (cópia) que deve conter:</b> nome do paciente, nome de cada exame e justificativa para a(s) respectiva(s) solicitação(ões). <b>Observação:</b> Nos exames para COVID-19, é indispensável a apresentação da cópia do pedido médico com justificativa técnica. Os exames sorológicos deverão ser encaminhados para autorização prévia da Auditoria Médica da CAMPERJ. Para exames genéticos também é necessária autorização prévia. O pedido médico deverá ser emitido por médico geneticista ou oncologista, devidamente justificado, conforme as diretrizes técnicas estabelecidas.
<input type="checkbox"/>	<b>Recibo original ou nota fiscal (com nome e CNPJ da instituição) que deve conter:</b> valor pago, nome do paciente, data do atendimento, nome de cada exame realizado, com seu valor unitário.

**5. Terapias - I****(Fisioterapia, Acupuntura, Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional e outras)**

<input type="checkbox"/>	<b>Relatório médico datado, assinado e carimbado que deve conter:</b> Nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para tratamento indicado. <b>Observações:</b> 1. A solicitação da terapia deve ser feita por profissional médico (CRM); 2. Em caso de continuidade da terapia, o relatório médico deve ser atualizado de acordo com o parecer do médico auditor da CAMPERJ, que poderá ser de 3 a 6 meses da data do primeiro atendimento. 3. Em caso de tratamento DOMICILIAR, o médico deverá informar e justificar no relatório médico.
<input type="checkbox"/>	<b>Recibo original que deve conter:</b> nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CRFa, CRP, CREFITO, CRM), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.
<input type="checkbox"/>	<b>Nota fiscal que deve conter:</b> nome e CNPJ da instituição, valor pago, nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, nome, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CRFa, CRP, CREFITO, CRM), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.

**6. Terapias - II****(Diálise, Quimioterapia, Radioterapia)**

<input type="checkbox"/>	<b>Relatório médico que deve conter:</b> nome do paciente, diagnóstico, descrição e justificativa para o tratamento solicitado, histórico dos tratamentos já realizados e planejamento terapêutico.
<input type="checkbox"/>	<b>Recibo original que deve conter:</b> nome do paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.
<input type="checkbox"/>	<b>Nota fiscal que deve conter:</b> nome e CNPJ da instituição, valor pago, nome do paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas.
<input type="checkbox"/>	<b>Fatura que deve conter:</b> descrição de todos os itens da conta (materiais, medicamentos, taxas, etc.) com valores unitários.

**7. Procedimentos Ambulatoriais****(Cirurgias de pequeno porte, atendimentos em emergência, etc.)**

<input type="checkbox"/>	<b>Relatório médico que deve conter:</b> nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias e de exames que necessitem de anestesia, além da descrição detalhada dos procedimentos realizados, é necessário apresentar cópia da Folha de Anestesia.
<input type="checkbox"/>	<b>Laudo de exames.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Recibo original que deve conter:</b> nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, nome, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.



<input type="checkbox"/>	<b>Nota Fiscal que deve conter:</b> nome e CNPJ da instituição, valor pago, nome do paciente, descrição do atendimento e data.
	<b>Observações:</b> 1. No recibo original, nota fiscal ou relatório médico deve constar: descrição dos materiais, medicamentos, taxas e outras despesas, com valores unitários; 2. Vasectomia/Laqueadura: anexar documento escrito e firmado, com o consentimento expresso do(a) próprio(a).

## 8. Internação

### 8.1 Despesas Hospitalares:

<input type="checkbox"/>	<b>Relatório médico que deve conter:</b> nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, devem constar data e hora da realização do(s) procedimento(s), descrição e período do atendimento e justificativa para a internação.
<input type="checkbox"/>	<b>Nota fiscal do hospital que deve conter:</b> nome e CNPJ do hospital, valor pago, nome do paciente e data do evento.
<input type="checkbox"/>	<b>Fatura que deve conter:</b> descrição de todos os itens da conta hospitalar com seus valores unitários, data da internação, data da alta e período da cobrança.

### 8.2 Honorários Médicos:

<input type="checkbox"/>	<b>Relatório médico que deve conter:</b> nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença. Devem constar data e hora da realização do(s) procedimento(s), descrição e período do atendimento e justificativa para a internação.
<input type="checkbox"/>	<b>Laudo de exames.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Recibo original ou nota fiscal que deve conter:</b> nome do paciente, descrição e período do atendimento, valor pago, nome, CRM, CPF, especialidade, assinatura e carimbo do médico.
<input type="checkbox"/>	<b>Cópia da Folha da Descrição do Ato Cirúrgico e cópia da Folha do Anestesista.</b>
	<b>Observações:</b> 1. No recibo original, nota fiscal ou relatório médico deve constar: a respectiva participação e valores da equipe médica (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar, etc.). Se o atendimento for clínico, informar no relatório médico, a especialidade, número de visitas e datas das visitas cobradas; 2. No caso de intervenção de mais de um profissional ou prestação simultânea de serviços distintos, deverá ser apresentada a relação detalhada dos serviços com valores individuais e entregar todos os recibos originais em um mesmo momento.

## 9. Vacinas

<input type="checkbox"/>	<b>Recibo original ou Nota Fiscal (com nome e CPF ou CNPJ da instituição) que deve conter:</b> valor pago, nome do paciente, data do atendimento, discriminação e valores individuais das vacinas aplicadas;
	<b>Pedido médico (cópia) que deve conter:</b> nome do paciente, nome de cada vacina e justificativa para a(s) respectiva(s) solicitação(ões).
	<b>Observações:</b> Estão cobertas as vacinas constantes do calendário oficial de vacinações adotado pelo Ministério da Saúde.

### Observações

1) Não serão aceitos recibos originais provisórios e/ou temporários; nota de serviço, nota de débito e comprovantes de transferência bancária; duplicata e nota fiscal sem quitação e boletos bancários.
2) Em todos os recibos originais devem constar: Nome, CPF, endereço e telefone do profissional que realizou o atendimento.