



REQUERIMENTO PARA REEMBOLSO

Ilmo Sr. Diretor de Assistência a Saúde do Instituto Municipal de Assistência à Saúde do Funcionalismo.

Requerente: _____, segurado(a) regularmente inscrito(a) no IMASF sob nº _____, Plano: _____, vem respeitosamente, de acordo com a legislação em vigor, requerer o reembolso de:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CONSULTA MÉDICA | <input type="checkbox"/> TERAPIA |
| <input type="checkbox"/> SERVIÇO COMPLEMENTAR DE DIAGNÓSTICO (EXAMES E PROCEDIMENTOS) | <input type="checkbox"/> CIRURGIA (ambulatorial) |
| <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> REMOÇÃO |
| <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ | |

Paciente(s): _____

Para tanto, apresento os documentos obrigatórios.
Para eventual contato, informo:

Nº de telefone: _____

e-mail: _____

Estou ciente de que:

- 1) No caso de não apresentação dos documentos exigidos nos itens acima ou identificação de qualquer procedimento fraudulento, fica o IMASF isento das taxas de reembolso e serão aplicadas punições previstas em Lei.
- 2) Prescreve em 90 dias contados da data do atendimento o direito ao reembolso das despesas.
- 3) O reembolso será efetuado na conta corrente bancária do segurado titular, de acordo com os valores estabelecidos na tabela do IMASF ou pelo custo suportado pelo beneficiário, o que for menor, no prazo máximo de 30 dias após a aprovação da documentação.
- 4) Não será concedido reembolso quando for verificado que o benefício já foi concedido por outra entidade.

Autorizo, apenas para esse reembolso, que o depósito seja realizado na conta abaixo identificada:

Nome do titular da conta: _____

Inscrição no IMASF: _____

CPF do titular da conta: _____-____

Banco: _____

Agência: _____ Conta Corrente: _____

Nestes termos,
Pede deferimento.

São Bernardo do Campo, ____/____/____

Assinatura do Segurado

Data do recebimento

____/____/____

Visto: