

Documentos Necessários para solicitação de reembolso

Importante: Segundo a ANS, o comprovante de pagamento deverá ser apresentado no processo de solicitação de reembolso.

Procedimento	Documentação Necessária	Casos de Recibo*	Casos de Nota Fiscal	Pedido Médico (CRM)
Consulta Médica	Protocolo da autorização prévia Nota fiscal ou Recibo Receita Saúde Comprovante de pagamento	Nome e CPF do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da emissão; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; Número do conselho e especialidade do profissional executante; Discriminação do serviço realizado;	Nome completo do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; CRM e especialidade do médico solicitante; Discriminação do serviço realizado; Número do conselho do prestador executante e especialidade no corpo da nota.	—
Terapias (Psicoterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Nutricionista)	Pedido médico datado, assinado e carimbado Protocolo da autorização prévia Relatório do profissional que prestou o atendimento Nota fiscal ou Recibo Receita Saúde Comprovante de pagamento	Nome e CPF do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da emissão; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; Número do conselho e especialidade do profissional executante; Discriminação do serviço realizado;	Nome completo do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; CRM e especialidade do médico solicitante; Discriminação do serviço realizado; Número do conselho do prestador executante e especialidade no corpo da nota.	Deve constar: Nome completo do paciente, data de emissão, indicação clínica e/ou diagnóstico (CID). Válido por 12 meses.
Terapias Médicas (Acupuntura, Diálise, Quimioterapia e Radioterapia)	Relatório médico datado, assinado e carimbado Protocolo da autorização prévia Fatura que descreva todos os itens da conta Nota fiscal ou Recibo Receita Saúde do atendimento médico Nota fiscal original e quitada do fornecedor, distribuidor ou fabricante do material Laudos e exames relacionados à patologia em questão Comprovante de pagamento	Nome e CPF do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da emissão; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; Número do conselho e especialidade do profissional executante; Discriminação do serviço realizado;	Nome completo do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; CRM e especialidade do médico solicitante; Discriminação do serviço realizado; Número do conselho do prestador executante e especialidade no corpo da nota.	Deve constar: Nome completo do paciente, diagnóstico, descrição e justificativa para o tratamento solicitado, histórico dos tratamentos realizados e planejamento terapêutico. Obs.: Encaminhar espelho da conta hospitalar, com descrição de todos os itens (materiais, medicamentos, taxas etc.) e valores unitários.

Exames (Laboratoriais e Radiológicos)	Pedido médico datado, assinado e carimbado Protocolo da autorização prévia Nota fiscal ou Recibo Receita Saúde Comprovante de pagamento	Nome e CPF do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da emissão; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; Número do conselho e especialidade do profissional executante; Discriminação do serviço realizado;	Nome completo do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; CRM e especialidade do médico solicitante; Discriminação do serviço realizado; Número do conselho do prestador executante e especialidade no corpo da nota.	Deve constar: Nome completo do paciente, data de emissão, indicação clínica, descrição e código do procedimento, carimbo e assinatura do médico solicitante.
Procedimentos Ambulatoriais (Cirurgias pequeno porte)	Pedido médico datado, assinado e carimbado Protocolo da autorização prévia Nota fiscal ou Recibo Receita Saúde Comprovante de pagamento	Nome e CPF do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da emissão; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; Número do conselho e especialidade do profissional executante; Discriminação do serviço realizado;	Nome completo do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; CRM e especialidade do médico solicitante; Discriminação do serviço realizado; Número do conselho do prestador executante e especialidade no corpo da nota.	Deve constar: Nome completo do paciente, data de emissão, indicação clínica, descrição e código do procedimento, carimbo e assinatura do médico solicitante. Enviar laudo anatomopatológico (se houver).
Honorários Médicos	Relatório médico datado, assinado e carimbado Protocolo da autorização prévia Prontuário médico com visita médica registrada Boletim operatório ou ficha descritiva Nota fiscal ou recibo Receita Saúde Comprovante de pagamento	Nome e CPF do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da emissão; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; Número do conselho e especialidade do profissional executante; Discriminação do serviço realizado;	Nome completo do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; CRM e especialidade do médico solicitante; Discriminação do serviço realizado; Número do conselho do prestador executante e especialidade no corpo da nota.	Deve constar: Nome completo do paciente, data de emissão, diagnósticos, quadro clínico, cirurgia realizada, tempo de evolução da doença, datas de internação e alta, carimbo e assinatura do médico (CRM), laudo anatomopatológico (se houver).Honorário Clínico: relatório médico com diagnóstico, quadro clínico, especialidade e visitas cobradas.Honorário de Parto: envio do partograma e relatório médico detalhado conforme RN 368.
Parto, Cirurgias ou Internação Clínica	Relatório médico datado, assinado e carimbado Protocolo da autorização prévia Fatura emitida pelo hospital que descreva todos os itens da conta Nota fiscal e recibo de quitação emitido pelo hospital Comprovante de pagamento	Nome e CPF do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da emissão; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; Número do conselho e especialidade do profissional executante; Discriminação do serviço realizado;	Nome completo do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; CRM e especialidade do médico solicitante; Discriminação do serviço realizado; Número do conselho do prestador executante e especialidade no corpo da nota.	Deve constar: Nome completo do paciente, data de emissão, diagnósticos, quadro clínico e cirurgia realizada, tempo de evolução, internação e alta, carimbo e assinatura do médico (CRM), laudo anatomopatológico (se houver).

Remoção em Ambulância	Deve constar: Nome completo do paciente, diagnóstico e justificativa para remoção.	Nome e CPF do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da emissão; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; Número do conselho e especialidade do profissional executante; Discriminação do serviço realizado;	Nome completo do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; CRM e especialidade do médico solicitante; Discriminação do serviço realizado; Número do conselho do prestador executante e especialidade no corpo da nota.	Deve constar: Nome completo do paciente, diagnóstico e justificativa para remoção.
Prótese, órtese, ou qualquer outro material ou medicamento ligado a ato cirúrgico de paciente internado	Relatório médico datado, assinado e carimbado Protocolo da autorização prévia Prontuário médico com visita médica registrada Boletim operatório ou ficha descritiva Nota fiscal original e quitada do fornecedor, distribuidor ou fabricante Comprovante de pagamento	Nome e CPF do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da emissão; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; Número do conselho e especialidade do profissional executante; Discriminação do serviço realizado;	Nome completo do paciente; Nome e CPF do responsável pelo pagamento; Data da realização do atendimento; Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...); Valor cobrado (Por escrito e extenso); Nome, endereço e telefone do prestador de serviços; CPF ou CNPJ do prestador de serviços; CRM e especialidade do médico solicitante; Discriminação do serviço realizado; Número do conselho do prestador executante e especialidade no corpo da nota.	

Comprovantes de pagamento válidos:

São considerados válidos para análise do pedido de reembolso os seguintes documentos:

- **Extrato bancário:** deve apresentar apenas as informações relacionadas ao pedido, mantendo ocultos dados que não tenham relação com o reembolso.
- **Comprovante de PIX:** precisa conter data, valor, e identificação tanto do remetente quanto do destinatário.
- **Comprovante de transferência bancária:** deve incluir data, valor, identificação das partes envolvidas e demais detalhes da operação.
- **Comprovante de compensação de cheque:** pode ser apresentado por meio de cópia microfilmada do cheque ou por extrato bancário onde conste o débito referente à compensação.
- **Comprovante emitido pela maquininha de cartão:** será aceito desde que contenha as informações essenciais à validação — data do pagamento, CNPJ, valor e forma de pagamento (débito ou crédito). Em caso de pagamento parcelado no cartão de crédito, o reembolso poderá ser realizado após a quitação de todas as parcelas.

Atenção: Durante o período de auditoria qualquer outro documento complementar poderá ser solicitado.

**Nos casos de recibo só serão aceitos os que forem emitidos através do “Receita Saúde”*