# Documentos Necessários

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

| Procedimento | Documentação Necessária | Informações que devem constar no Recibo* | Informações que devem constar na Nota Fiscal | Pedido Médico (CRM) |
|---|---|---|---|---|
| **Consulta Médica** | 1. Protocolo da autorização prévia.<br>2. Nota fiscal ou Recibo Receita Saúde.<br>3. Comprovante de pagamento. | ➢ Nome e CPF do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da emissão;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ Número do conselho e especialidade do profissional executante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado; | ➢ Nome completo do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ CRM e especialidade do médico solicitante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado;<br>➢ Número do conselho do prestador executante e especialidade no corpo da nota. | — |
| **Terapias (Psicoterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Nutricionista)** | 1. Pedido médico datado, assinado e carimbado.<br>2. Protocolo da autorização prévia.<br>3. Relatório do profissional que prestou o atendimento.<br>4. Nota fiscal ou Recibo Receita Saúde.<br>5. Comprovante de pagamento. | ➢ Nome e CPF do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da emissão;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ Número do conselho e especialidade do profissional executante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado; | ➢ Nome completo do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ CRM e especialidade do médico solicitante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado;<br>➢ 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)** | 1. Relatório médico datado, assinado e carimbado.<br>2. Protocolo da autorização prévia.<br>3. Fatura que descreva todos os itens da conta.<br>4. Nota fiscal ou Recibo Receita Saúde do atendimento médico.<br>5. Nota fiscal original e quitada do fornecedor, distribuidor ou fabricante do material.<br>6. Laudos e exames relacionados à patologia em questão.<br>7. Comprovante de pagamento | ➢ Nome e CPF do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da emissão;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ Número do conselho e especialidade do profissional executante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado; | ➢ Nome completo do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ CRM e especialidade do médico solicitante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado;<br>➢ 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. |

# Documentos Necessários

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

| Procedimento | Documentação Necessária | Informações que devem constar no Recibo* | Informações que devem constar na Nota Fiscal | Pedido Médico (CRM) |
|---|---|---|---|---|
| **Exames** | 1. Pedido médico datado, assinado e carimbado.<br>2. Protocolo da autorização prévia.<br>3. Nota fiscal ou Recibo Receita Saúde.<br>4. Comprovante de pagamento. | ➢ Nome e CPF do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da emissão;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ Número do conselho e especialidade do profissional executante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado; | ➢ Nome completo do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ CRM e especialidade do médico solicitante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado;<br>➢ 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. |
| **Demais Procedimentos Ambulatoriais** | 1. Pedido médico datado, assinado e carimbado.<br>2. Protocolo da autorização prévia.<br>3. Nota fiscal ou Recibo Receita Saúde.<br>4. Comprovante de pagamento. | ➢ Nome e CPF do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da emissão;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ Número do conselho e especialidade do profissional executante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado; | ➢ Nome completo do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ CRM e especialidade do médico solicitante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado;<br>➢ 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** | 1. Relatório médico datado, assinado e carimbado.<br>2. Protocolo da autorização prévia.<br>3. Prontuário médico com visita médica registrada.<br>4. Boletim operatório ou ficha descritiva.<br>5. Nota fiscal ou recibo Receita Saúde.<br>6. Comprovante de pagamento. | ➢ Nome e CPF do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da emissão;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ Número do conselho e especialidade do profissional executante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado; | ➢ Nome completo do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ CRM e especialidade do médico solicitante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado;<br>➢ 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. |

# Documentos Necessários

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

| Procedimento | Documentação Necessária | Informações que devem constar no Recibo* | Informações que devem constar na Nota Fiscal | Pedido Médico (CRM) |
|---|---|---|---|---|
| **Parto, Cirurgias ou Internação Clínica** | 1. Relatório médico datado, assinado e carimbado.<br>2. Protocolo da autorização prévia.<br>3. Fatura emitida pelo hospital que descreva todos os itens da conta.<br>4. Nota fiscal e recibo de quitação emitido pelo hospital.<br>5. Comprovante de pagamento. | ➢ Nome e CPF do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da emissão;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ Número do conselho e especialidade do profissional executante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado; | ➢ Nome completo do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ CRM e especialidade do médico solicitante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado;<br>➢ 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** | 1. Relatório médico datado, assinado e carimbado.<br>2. Protocolo da autorização prévia.<br>3. Relatório do profissional que prestou o atendimento.<br>4. Nota fiscal original e quitada, emitida pela empresa de remoção.<br>5. Comprovante de pagamento. | ➢ Nome e CPF do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da emissão;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ Número do conselho e especialidade do profissional executante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado; | ➢ Nome completo do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ CRM e especialidade do médico solicitante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado;<br>➢ 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** | 1. Relatório médico datado, assinado e carimbado.<br>2. Protocolo da autorização prévia.<br>3. Prontuário médico com visita médica registrada.<br>4. Boletim operatório ou ficha descritiva.<br>5. Nota fiscal original e quitada do fornecedor, distribuidor ou fabricante.<br>6. Comprovante de pagamento. | ➢ Nome e CPF do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da emissão;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ Número do conselho e especialidade do profissional executante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado; | ➢ Nome completo do paciente;<br>➢ Nome e CPF do responsável pelo pagamento;<br>➢ Data da realização do atendimento;<br>➢ Quantidade de procedimentos realizados (ex: 1 consulta, 2 sessões...);<br>➢ Valor cobrado (Por escrito e extenso);<br>➢ Nome, endereço e telefone do prestador de serviços;<br>➢ CPF ou CNPJ do prestador de serviços;<br>➢ CRM e especialidade do médico solicitante;<br>➢ Discriminação do serviço realizado;<br>➢ 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"*