

Para maior agilidade nas solicitações de reembolso, informamos que a Cláusula 11ª do Contrato entre o Pro-TCU e a Amil deverá ser observada, bem como as informações listadas abaixo:

### Documentação Fiscal Necessária

#### Formulário de Solicitação de Reembolso

Disponível no site [www.protcu.com.br](http://www.protcu.com.br) (Associados/Formulários) – Preenchimento obrigatório de todos os campos sem rasuras – Assinatura e dados bancários exclusivamente do titular do plano, contendo:

NOTA FISCAL – ORIGINAL	RECIBO – ORIGINAL	NOTA FISCAL ELETRÔNICA
Nome do paciente atendido; Procedimento realizado; Valor pago; CNPJ; Data de emissão; Carimbo de Recebemos com data e assinatura.	Nome do paciente atendido; Procedimento realizado; Valor pago; CPF do médico; Data de emissão; Carimbo com o nº do conselho de classe e assinatura.	Nome do paciente atendido; Procedimento realizado; Valor pago; CNPJ; Data de emissão.

### Documentação Complementar Necessária de Acordo com o Procedimento

#### CONSULTA MÉDICA

Nota Fiscal ou Recibo.

A discriminação do atendimento realizado na nota fiscal ou Recibo deverá ser “consulta médica”.

#### CONSULTA COM NUTRICIONISTA, FONOAUDIÓLOGO, PSICÓLOGO E TERAPEUTA OCUPACIONAL

Nota Fiscal ou Recibo e Pedido médico com CID-10 e/ou indicação clínica.

#### EXAMES

Nota Fiscal ou Recibo com a discriminação dos exames realizados com valores individuais e Pedido Médico.

#### HONORÁRIO MÉDICO (Anestesista)

Nota Fiscal ou Recibo, cópia do Boletim Anestésico ou Relatório Médico emitido pelo Anestesista.

#### HONORÁRIO MÉDICO (Cirurgia, Exame e Internação)

Nota Fiscal ou Recibo com o nome, CRM e valores individuais da equipe médica e Relatório Médico.  
Honorário médico de visita hospitalar deverá conter no relatório as datas das visitas e quantidade ao dia.

#### INTERNAÇÃO CLÍNICA E CIRURGICA

Nota Fiscal, conta hospitalar discriminando as taxas, materiais e medicamentos utilizados com valor individual, se realizado exames deverá ser apresentado o pedido médico juntamente com a nota fiscal, relatório médico detalhado do quadro clínico do paciente.

#### TERAPIAS (Tratamento Seriado)

Nota Fiscal ou Recibo com a data de cada sessão, encaminhamento médico com CID-10 e /ou indicação clínica.  
O pedido de psicoterapia poderá ser solicitado por médico ou por psicólogo regularmente inscrito no CRP.  
As sessões de acupuntura somente serão reembolsadas se realizadas por médicos registrados no CRM.

#### PEDIDO MÉDICO

Em todos os casos, exceto consulta médica, deverá ser apresentado o pedido médico com CID-10 e /ou indicação clínica, com carimbo, data e assinatura do médico e não pode ter data posterior ao procedimento realizado.

### Observações

- ✓ Não é aceito documento com rasura;
- ✓ O gerador da despesa deve ser associado ao plano;
- ✓ O processo de reembolso será submetido a auditoria médica e fiscal da operadora;
- ✓ Faça conferência de todos os dados do formulário, principalmente os bancários;
- ✓ Conforme cláusula contratual, para prévia de reembolso é necessário um orçamento do prestador de serviço;
- ✓ O direito a qualquer tipo de reembolso prescreve decorridos 12 meses da data do atendimento;
- ✓ Tire cópia de todos os documentos que serão entregues, pois após enviados para a Operadora não serão devolvidos;
- ✓ O reembolso será efetuado de acordo com plano escolhido e pago conforme valor de tabela - Amil 140 (somente consultas), Amil 150 e Amil 160 com e sem participação.

Para maior agilidade no atendimento, traga o seu formulário preenchido



**1- IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR:**

<b>Matrícula TCU</b>	<b>Nome</b>
██████████	██████████
<b>Plano</b>	<b>Marca Ótica = Número do cartão Amil</b>
██████████	██████████

Dados do Titular

**1.1- DADOS BANCARIOS:**

<b>Nome do banco</b>	<b>Nº do banco</b>	<b>CPF</b>
██████████	██████████	██████████
<b>Agência</b>	<b>Conta corrente</b>	<b>Poupança</b>
██████████	██████████	██████████

Dados Bancários do Titular

**2- DESPESAS REALIZADAS:**

Paciente (s)	Marca Ótica *	Prestador de Serviço	Especialidade	Valor
<b>* Marca ótica = nº do beneficiário = código do cartão.</b>				<b>Valor Total</b>
<b>Observações (se houver):</b>				

Nesse item deverá ser informado o nome do paciente, marca ótica, prestador, especialidade e valor de cada nota apresentada.

**3- DECLARAÇÃO:**

Solicito o reembolso das despesas médico- hospitalares acima discriminadas, em conformidade com a cláusula 11. do contrato vigente de prestação de serviços médicos e hospitalares assinado entre o Pro-TCU e a operadora Amil.

Declaro estar ciente de que serão reembolsadas somente as despesas que observarem todos os pré- requisitos previstos na Cláusula 7ª - Cobertura.

Tenho ciência de que condutas como desmembramento de nota fiscal/recibo pelo titular ou dependentes, solicitação de despesas médicas realizadas por pessoas não associadas ao plano, ainda que utilizado em nome do titular, entre outras, caracterizam atos ilícitos, sujeitos a sanção prevista no artigo 47, inciso I do Regulamento Geral do Pro-TCU.

.....  
Data e Assinatura do Titular

Data e Assinatura do Titular

**4- PREENCHIMENTO EXCLUSIVO Pro-TCU:**

Recebido por:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura

Número do Processo:

\_\_\_\_\_

Esse formulário encontra-se disponível no site [www.protcu.com.br](http://www.protcu.com.br) (Associados/Formulários) e poderá ser solicitado através do e-mail: [reembolso\\_protcu@tcu.gov.br](mailto:reembolso_protcu@tcu.gov.br).

**No caso de dúvidas, entre em contato com o Atendimento do Pro-TCU**