



ANEXO 3 – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Of. xxxx/aa

Local e data.

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos pagamento a título de reembolso de: (ajuda de custo, auxílio funeral, passagens) referente ao paciente cadastrado no Programa Estadual de Tratamento Fora do Domicílio – TFD:

Paciente: nome do paciente / acompanhante;

Período: (dd/mm/aa a dd/mm/aa);

Valor: R\$

O depósito deverá ser efetuado conforme os dados bancários abaixo:

NOME:

CPF:

CONTA CORRENTE:

AGÊNCIA (COM DIGITO):

BANCO:

Informamos que os valores foram conferidos pelo setor de tratamento fora do domicílio deste Município, com base na documentação anexa, como bilhetes de passagens e comprovantes de agendamento do paciente na unidade hospitalar.

Justificar o motivo pelo qual o paciente não recebeu o recurso: “.....”

Atenciosamente,

Secretaria Municipal de Saúde
Carimbo e assinatura

Ilmo Sr.
Gerente de Regulação Ambulatorial



ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE REEMBOLSO

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO PARA OS PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome:	
Data da Viagem:	Data de Retorno:
Data do Agendamento:	
Período (data) de Permanência Ambulatorial:	
Quantidade de Diárias a pagar:	Valor: R\$
Quantidade de Diárias pagas:	Valor: R\$
Transporte utilizado no deslocamento:	
Data da Internação (se houver):	
Período (data) de internação:	

INFORMAÇÕES DO ACOMPANHANTE

Nome:	
Data da Viagem:	Data de Retorno:
Período (data) de Permanência:	
Quantidade de Diárias a pagar:	Valor: R\$
Quantidade de Diárias pagas:	Valor: R\$

INFORMAÇÕES REFERENTE AO EMPENHO:

Data do empenho anterior:
Data do fechamento da prestação de contas:
Data da nova solicitação:

Secretaria Municipal de Saúde
Carimbo e assinatura