

IPSM INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Rua Paraíba, 576 - Savassi - Fone 3269-2000 - Fax 3269-2002

CEP 30130-141 - Belo Horizonte/MG

E-mail: ipsm@ipsm.gov.br Site: www.ipsm.gov.br

REQUERIMENTO DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Nome do Segurado _____ Matrícula _____

Endereço (rua, Av.) _____ Nº _____ Compl.: _____

Bairro _____ Cidade _____ CEP: _____

Telefone(DDD) _____ Celular (DDD) _____

E-mail: _____

Beneficiário: _____ Matrícula: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Público LOG PREV

JUSTIFICATIVA DO REEMBOLSO

DOCUMENTO(S) ANEXO(S)

Nota Fiscal Relatório médico Laudo exames Recibo (RPA)
Detalhamento das despesas Relatório odontológico Raio-X odontológico
Internação (Folha de sala/ Evolução médica/ Prescrição médica)
Outros a especificar _____

_____, ____ de _____ de _____ Assinatura: _____

PARECER TÉCNICO DO SUPERVISOR DE SAÚDE

_____, ____ de _____ de _____ Assinatura: _____

PARECER DO GERENTE REGIONAL DE SAÚDE OU DO COORDENADOR ADMINISTRATIVO

_____, ____ de _____ de _____ Assinatura: _____

OBS: Os valores reembolsados serão de acordo com o previsto na Deliberação de Saúde Nº 39/2016 de 01 de julho de 2016.