

**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](mailto:ipsm@ipsm.gov.br) Site: [www.ipsm.gov.br](http://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 52/2017 de 16 de novembro de 2017