

REQUERIMENTO DE REEMBOLSO – OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

1. Dados Funcionais do Servidor		
Nome do Servidor	Matrícula	Data de Admissão no TRE-DF
CARGO/FUNÇÃO	SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO	
LOTAÇÃO/RAMAL	TELEFONE RESIDENCIAL	ESTADO CIVIL
SITUAÇÃO FUNCIONAL () SERVIDOR ATIVO () CEDIDO / LOTAÇÃO PROVISÓRIA () REQUISITADO () INATIVO		

2. Solicitação

CONFORME **ATO NORMATIVO 9**, QUE REGULAMENTA A COBERTURA DE TRATAMENTO COM O USO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA, IDEPENDENTEMENTE DE O BENEFICIÁRIO ESTAR NO SISTEMA DE HOME CARE.

DE ACORDO COM ART. 1, DO ATO NORMATIVO Nº 9, O BENEFICIÁRIO ACIMA IDENTIFICADO VEM REQUERER O REEMBOLSO DA(S) DESPESAS(S) EFETUADAS(S) COM ALUGUEL E OS INSUMOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE OXIGENORERAPIA, CONFORME COMPROVANTE(S) EM ANEXO.

- PRESCRIÇÃO MÉDICA COM SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR, COM DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO DETALHADA DO USO;
- PARECER FAVORÁVEL EMITIDO PELA PERÍCIA MÉDICA DA CAMS; E
- NOTA FISCAL E RELATÓRIO DESCRITIVO CONTENDO OS VALORES DAS TAXAS, MATERIAIS, MEDICAMENTOS E O PERÍODO A QUE SE REFERE.

3 - Observação

- O REEMBOLSO DAR-SE-A NA PROPORÇÃO DE 75% (SETENTA E CINCO) POR CENTO DO VALOR DA NOTA FISCAL;
- O PACIENTE DEVERÁ SER SUBMETIDO Á AVALIAÇÃO DE UM MÉDICO PNEUMOLOGISTA A CADA 3 (TRÊS) MESES, QUANDO DEVERÁ SER FORNECIDO NOVO LAUDO; E
- NÃO SERÃO REEMBOLSADOS OS CASOS QUE NÃO APRESENTEM RELATÓRIO MÉDICO E NOTA FISCAL