

**TRTer  
SAÚDE**

## **PEDIDO DE REEMBOLSO TRTer SAÚDE**

Nome do Beneficiário Titular: \_\_\_\_\_

Inscrição nº: \_\_\_\_\_ Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_

**Solicito o reembolso das despesas abaixo relacionadas, conforme Recibo/Nota Fiscal em anexo:**

<b>TIPO DE DESPESA</b>	
<input type="checkbox"/> odontologia	<input type="checkbox"/> psicologia
<input type="checkbox"/> fisioterapia RPG	<input type="checkbox"/> exame periódico

**O reembolso deverá no prazo máximo de 30 (trinta) dias da emissão do documento comprobatório de pagamento. O Recibo/Nota Fiscal deverá ser em via original e dele constar os seguintes dados:**

I - nome do beneficiário;

II - descrição de cada procedimento, inclusive o código da respectiva Tabela;

III - valor unitário por procedimento;

IV - valor total dos serviços prestados;

V - nome do profissional ou instituição, especialidade ou ramo de atuação, número de inscrição no Conselho Regional da respectiva categoria e CPF ou CNPJ, conforme o caso;

VI - local e data do atendimento/emissão;

VII - assinatura do profissional sobre carimbo.

Obs.: Plano de Tratamento e Orçamento – PTO deverá constar a descrição, valor unitário e valor total dos procedimentos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário Titular