

**Orientações Gerais**

Para fins de reembolso de despesas relativas à prestação de serviços médicos e odontológicos, o recibo ou nota fiscal deve:

- A. Ser emitido preferencialmente em papel timbrado ou impresso;
- B. Conter o número do registro do profissional no Conselho Regional da categoria, o CPF ou, no caso de instituição, o CNPJ;
- C. Ser emitido em nome de quem foi atendido, seja do beneficiário titular ou em nome do dependente;
- D. Ter sido emitido há menos de 90 (noventa) dias;
- E. Conter a discriminação dos serviços prestados contendo descrição, data e valor ou o relatório técnico do profissional anexado ao recibo/nota fiscal, com quitação confirmada;
- F. Não conter rasuras e
- G. Vir acompanhado da autorização prévia emitida pela AMS para os procedimentos que a requeiram, de acordo com o presente Regulamento

**A falta de um dos referidos documentos impossibilitará o processamento do reembolso****Consulta**

- Recibo ou Nota Fiscal com os dados descritos nas orientações gerais

**Anestesia**

- Recibo ou Nota Fiscal
- Relatório Pós-Cirúrgico detalhado pelo médico cirurgião ou Boletim Anestésico

**Honorário Médico – Cirurgião, auxiliar e instrumentador**

- Recibo ou Nota Fiscal
- Relatório Pós-Cirúrgico detalhado pelo médico cirurgião
- Comprovante da realização de perícia e/ou laudo, se houverem

**Honorário Médico - Parto Cesárea**

- Recibo ou Nota Fiscal
- Relatório Pós-Cirúrgico ou Partograma
- Termo de Consentimento

**Honorário Médico - Laqueadura e Vasectomia**

- Recibo ou Nota Fiscal
- Relatório Pós-Cirúrgico detalhado pelo médico cirurgião
- Enviar também o "Termo de Esterilização Voluntária".

**Internação – Despesas Hospitalares (Diárias, Taxas, Materiais e Medicamentos)**

- Somente Nota Fiscal
- Conta analítica contendo a discriminação de data, quantidade e valor (unitário e total) de cada item
- Relatório médico com a discriminação e quantidade dos materiais, medicamentos, órteses, próteses (OPME) com lacre

**Exames de imagem ou laboratoriais**

- Recibo ou Nota Fiscal
- Pedido médico com o nome de cada exame
- Na ausência do pedido, anexar o laudo dos exames realizados

**Tratamento Seriado (Acupuntura, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional)**

- Recibo ou Nota Fiscal
- Quantidade e data das sessões realizadas
- Pedido Médico, datado, contendo a justificativa clínica para o tratamento
- Laudo Técnico, datado, contendo o diagnóstico funcional e o Plano Terapêutico (modalidades de terapias a serem empregadas, duração e número de sessões previstas para o tratamento)

**Psicoterapia – Sessão de Tratamento**

- Somente Recibo
- Quantidade e data das sessões realizadas;
- Documento que informe o CID, a modalidade de tratamento e periodicidade das sessões

**Psicoterapia – Avaliação Neuropsicológica**

- Somente Recibo
- Relatório contendo hipótese diagnóstica e justificativa para o exame
- Folha de respostas do Mini Mental ou MEEM para adultos e idosos
- Laudo de exames realizados relacionado à patologia

**Tiras Reagentes (Glicofitas)**

- Somente Nota ou Cupom Fiscal com os dados descritos nas orientações gerais, exceto item C
- Emitido há menos de 120 dias;
- Formulário de Solicitação de Reembolso de Tiras Reagentes para Medição de Glicemia Capilar preenchido pelo médico assistente, válido por 1 ano a partir da data de emissão;
- Receita Médica com a prescrição de insulina e carimbo do médico, válido por 1 ano a partir da data de emissão;

**Visita Hospitalar**

- Recibo ou Nota Fiscal
- Relatório médico com a justificativa, quantidade e as datas das visitas

**Remoção em Ambulância**

- Somente Nota Fiscal
- Relatório Médico justificando a solicitação com indicação do tipo de ambulância e equipe;
- Discriminação dos locais de origem e de destino, distância percorrida (Km), tipo de ambulância e tempo de espera;

**Materiais e Medicamentos**

- Somente Nota Fiscal
- Relatório médico detalhado justificando o uso do material e/ou medicamento;

**Prótese Externa**

- Somente Nota Fiscal
- Descrição do tipo, marca, modelo e número do serial
- Solicitação médica da prótese, contendo sua descrição completa, material de que é constituída, marca e modelo
- Comprovante da realização de perícia e/ou validação técnica realizada previamente, quando obrigatória
- Relatório médico detalhado
- Apresentação de 3 cotações

**Toxina Botulínica – “Botox”**

- Nota ou Cupom fiscal de aquisição do medicamento
- Pedido Médico, solicitado por profissional médico (CRM)
- Relatório Médico, executado por médico (CRM), não podendo ser executado por nenhum outro profissional de saúde
- Comprovante de perícia presencial realizada por médico da AMS. Nos casos em que, por imperativo não for possível realizar a perícia presencial, o relatório médico poderá substituí-lo, desde que possua o detalhamento necessário
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade assinado pelo paciente ou responsável legal

**Equipamentos coletores e adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, Sonda Vesical de Demora e Coletor de Urina**

- Nota ou Cupom fiscal de aquisição do material informando a marca, modelo, fabricante e registro ANVISA
- Relatório médico detalhado justificando o uso do material
- Formulário de Solicitação de Fornecimento de Equipamentos/Adjuvantes, disponível no Portal AMS

**Odontologia – Consulta/Emergência**

- Recibo ou Nota Fiscal, datado, contendo descrição e valores individuais do tratamento realizado

**Odontologia – Tratamento**

- Recibo ou Nota Fiscal, datado, contendo descrição e valores individuais do tratamento realizado
- Plano de tratamento, datado, com descrição dos procedimentos realizados, tipo de material utilizado, número do dente/região e face previamente autorizado pela Petrobras.

**CPAP**

- Nota Fiscal de Compra do CPAP
- Laudo do exame de Polissonografia
- Pedido Médico, datado, com descrição e justificativa para a terapia indicada
- Relatório Médico atestando perfeita adequação terapêutica do beneficiário ao equipamento após 12 semana de teste

**Fisioterapia Domiciliar não PAD**

- Recibo ou Nota Fiscal
- Quantidade e data das sessões realizadas previamente autorizado pela Petrobras

**Auxílio Cuidador Idoso, PAE e PAD**

- Recibo ou Nota Fiscal
- Período de referência

**Auxílio Equipamento PAD**

- Recibo ou Nota Fiscal
- Período de referência