

Grau de sigilo  
#PUBLICO

Nº do cartão do beneficiário		Nome do beneficiário		Número do pedido (CAIXA)	
Nome do titular			Matrícula		Telefone para contato ( ) -
E-mail					
CNPJ/CPF do profissional	DV	Nome ou razão social			
Especialidade Código (CAIXA)	Nome			Município de atendimento	UF
Atendimento / /	Início de internação / /	Término de internação / /	Crédito de consignatário cadastrado no SISRH Agência Op. Conta de depósito		

**Modalidade**

- 1 - SAÚDE CAIXA
- 2 - Acidente de trabalho
- 3 - Sinistro
- 4 - PAP

- 5 - PCMSO admissional
- 6 - PCMSO periódico
- 7 - PCMSO mudança de função
- 8 - PCMSO retorno ao trabalho

- 9 - PCMSO demissional
- A - PRO

**Tipo atendimento**

- 1 - Dia/hora normal
- 2 - Dia/hora extraordinário
- 3 - Internação odontológica

Local/Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário ou responsável

**Para preenchimento exclusivo da CAIXA**

Ordem	Procedimento	Qtde	Percentual	Valor pago	Valor Reembolso	Dente	Face	Segmento /Arcada	Tipo de Profissional
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									

**Face**

- M - Mesial
- O - Oclusal
- V - Vestibular

- I - Incisal
- D - Distal
- L - Lingual ou palatina

**Segmento**

- A - Superior direito
- B - Ântero-superior
- C - Superior esquerdo

- D - Inferior esquerdo
- E - Ântero-anterior
- F - Inferior direito

**Arcada**

- S - Superior
- I - Inferior

**Tipo de Profissional**

- 1 - Cirurgião
- 2 - Primeiro Auxiliar
- 3 - Demais Auxiliares
- 4 - Instrumentador

Local/Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico auditor

**ANS nº 31.292-4**

**PEDIDO DE REEMBOLSO DE DESPESAS SAÚDE CAIXA - LIVRE ESCOLHA****1 OBJETIVO**

**1.1** Reembolsar ao titular os valores devidos, referentes à utilização de assistência médica e odontológica prestada por profissional não credenciado no SAÚDE CAIXA.

**2 NORMA****2.1 GESTOR**

**2.1.1** GESAD - GN Saúde CAIXA

**2.2 VINCULAÇÃO**

**2.2.1** Manual Normativo: [RH 222](#).

**2.3 DISPONIBILIZAÇÃO DO MODELO**

**2.3.1** Formulário eletrônico disponível:  
- por meio de *download* clicando no *link*: [MO21013010](#).

**2.4 QUANTIDADE E DESTINAÇÃO DE VIAS**

**2.4.1** O modelo é preenchido em 1 via, destinada à CESAD e arquivada junto ao recibo apresentado.

**2.5 UNIDADES QUE UTILIZARÃO O MODELO**

**2.5.1** Todas às unidades da CAIXA.

**2.6 MODELO A SER SUBSTITUÍDO**

**2.6.1** MO 21.013 v009, de imediato.

**2.7 PRAZO DE ARQUIVAMENTO**

**2.7.1** O formulário é arquivado por 5 anos.

**2.8 GRAU DE SIGILO**

**2.8.1** #PUBLICO.

**2.9 ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À VERSÃO ANTERIOR**

**2.9.1** Ajuste na UG de GESAP para GESAD - conforme novo modelo de gestão da empresa preconizado no [OR005](#);

**2.10 ROTEIRO PADRÃO**

**2.10.1** Não se aplica.

**2.11 ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA**

**2.11.1** Tipo de modelo: formulário eletrônico.

**2.11.2** Impressão/Tipo de papel: posterior ao preenchimento, papel A4 - Mod. 71.139.

**2.11.3** Formato do modelo: 210 mm (largura) x 297 mm (altura).

**3 PROCEDIMENTOS****3.1 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO**

**3.1.1** O modelo contém campos autoexplicativos.