



Hospital Militar de Área de Campo Grande



RESSARCIMENTO – FuSEx

- Os Ressarcimentos de procedimentos e/ou exames médicos são **autorizados após solicitação antecipada** do titular na seção **FuSEx-Ressarcimento**.

1 - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Documentos necessários:

1. 1º Requerimento de solicitação de autorização para o Ressarcimento preenchido corretamente pelo Titular;
2. Pedido Médico original para o procedimento e/ou exame, homologado por médico militar, caso tenha sido solicitado por médico civil;
3. Avaliação Técnica fornecida no SAME-HmilACG.

→ **Entrar em contato para confirmação da autorização da consulta ou procedimento. (Tel. 3368-4332)**

→ **Após a autorização do Cmdo da 9ª RM, o paciente poderá realizar a consulta ou procedimento.**

2 - SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Documentos necessários:

1. 2º Requerimento para o Ressarcimento preenchido corretamente pelo Titular;
2. **Cópias legíveis** dos seguintes documentos:
 - Identidade Militar do Titular;
 - Cartão do FuSEx do Titular;
 - Último contracheque do Titular;
 - Identidade ou Certidão de Nascimento do(a) dependente, quando o atendimento for para o(a) mesmo(a);
 - Cartão do FuSEx do(a) dependente, quando o atendimento for para o(a) mesmo(a);
 - Fatura de despesas hospitalares (quando for o caso de baixa hospitalar).
3. Na clínica (Nota Fiscal) ou consultório (Recibo) solicitar comprovante de pagamento:
 - **PESSOA FÍSICA:** recibo contendo endereço completo do consultório, CPF, telefone, carimbo e assinatura do(a) atendente.
 - **PESSOA JURÍDICA:** Nota Fiscal contendo nome fantasia, endereço completo e CNPJ.
4. Declaração da Clínica (PESSOA JURÍDICA) ou Especialista (PESSOA FÍSICA), conforme item anterior, preferencialmente em papel timbrado .

“DECLARO QUE NÃO POSSUO CREDENCIAMENTO OU CONTRATO COM O FUSEX DO HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE CAMPO GRANDE E NÃO ACEITO PAGAMENTO ATRAVÉS DE EMPENHO”. Colocar data e assinatura da pessoa física ou pessoa jurídica

Nota: **Para continuidade e conclusão do Processo de Ressarcimento**, o(a) interessado(a) deverá dar entrada, o mais rápido possível, com toda a documentação acima citada, preenchendo o 2º Requerimento e assinando no verso do **Recibo/Nota Fiscal**, confirmando a despesa.

Atendimento da Seção Ressarcimento – FuSEx
2ª a 6ª Feira – SOMENTE PERÍODO MATUTINO (7h30min às 11h30min)
Telefone: **3368-4332**
TEN AZEREDO ou SD CARLOS

PROTOCOLO DE ENTREGA : AUTORIZAÇÃO

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO	
1º Requerimento para o Ressarcimento preenchido corretamente pelo Titular;	()
Pedido Médico original para o procedimento e/ou exame, homologado por médico militar, caso tenha sido solicitado por médico civil;	()
Avaliação Técnica fornecida no SAME-HmilACG.	()

RECEBIDO EM ___/___/_____

PROTOCOLO DE ENTREGA : RESSARCIMENTO

SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO	
2º Requerimento para o Ressarcimento preenchido corretamente pelo Titular	()
Identidade Militar do Titular - (cópia)	()
Cartão do FuSEx do Titular - (cópia)	()
Último contracheque do Titular - (cópia)	()
Identidade ou Certidão de Nascimento do(a) dependente, quando o atendimento for para o(a) mesmo(a) - (cópia)	()
Cartão do FuSEx do(a) dependente, quando o atendimento for para o(a) mesmo(a) - (cópia)	()
Fatura de despesas hospitalares (quando for o caso de baixa hospitalar).	()
Nota Fiscal (Pessoa Jurídica) ou Recibo (Pessoa Física)	()
Declaração da Clínica (Pessoa Jurídica) ou Especialista (Pessoa Física) (“...não aceita empenho...”)	()

RECEBIDO EM ___/___/_____