# PEDIDO PARA SUBSÍDIO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

## DADOS DO BENEFICIÁRIO

| N° Cartão | Nome do Paciente | |
|---|---|---|
| CPF | DDD - Telefone ( ) | Email |

## DADOS DO EXECUTANTE

| Nome do Fornecedor / Farmácia | | CPF / CNPJ | |
|---|---|---|---|
| Endereço | | Número | Complemento |
| CEP | Cidade | Estado | DDD-Fone/Fax ( ) |
| Nome do solicitante Médico | | CPF / CNPJ | Registro (CRM) |

☐ **1 - Medicamento**

☐ Dislipidemia ☐ Insuf. Coronária ☐ Ansiedade ☐ TAB ☐ ELA ☐ Hipotireoidismo ☐ GOTA

☐ Hipertensão ☐ Insuf. Cardíaca ☐ Psicose ☐ Alzheimer ☐ Parkinson ☐ Transplantes ☐ Asma/DPOC

☐ Arritmia Cardíaca ☐ Depressão ☐ Esquizofrenia ☐ Epilepsia ☐ Diabetes ☐ Glaucoma

☐ **2 - Aparelho Auditivo**

## Declaração

Declaro que tenho pleno conhecimento das regras de subsídio da Assistência Médica.
Declaro, sob as penas dos artigos 171 e 299 do código penal e 927 do código civil, que os medicamentos e/ou Aparelho(s) Auditivos(s) descrito(s) no(s) documento(s) fiscal(is) e/ou recibo(s) acima foi (foram) por mim devidamente pago(s).

____/____/____ Data

_____ Assinatura do Paciente / Responsável

**Serviços Profissionais (Preenchimento Cabesp)**

| Código do Procedimento | Qtd. | Grau de Participação | Data | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Senha / Autorização

Valor Solicitado R$

Valor Autorizado R$

**PARA USO DA CABESP**

## Limitações

**MEDICAMENTOS**

- A concessão da liberalidade subsídio será realizada somente para os pedidos médicos que possuem diagnósticos referentes as patologias relacionadas em regra.
- O subsídio pode ser solicitado pelo próprio beneficário, desde que maior de 18 anos ou pelo titular do plano.

**APARELHO AUDITIVO**

- O valor máximo do aparelho a ser subsidiado será de até R$ 8.000,00 por unidade.
- O percentual de subsídio será de 30% do valor da nota fiscal com teto máximo de R$ 2.200,00 referente ao aparelho auditivo.

*O prazo de validade do recibo é de 90 dias da data de sua emissão ou data da nota fiscal.

**REGRAS PARA LIBERALIDADE SUBSÍDIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ESTÁ DISPONÍVEL EM NOSSO PORTAL WWW.CABESP.COM.BR**

## Senhor Beneficiário

Evite devoluções, seguindo atentamente as orientações para solicitação de SUBSÍDIO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE.
Preencha corretamente o "Pedido de Subsídio da Assistência a Saúde - Médico" MCABESP1139.
O preenchimento do campo "Identificação" é obrigatório.
Anexar ao formulário: recibo/ nota fiscal/ cupom fiscal (originais)/ **cópia** da prescrição médica (receita) devidamente assinada, datada e carimbada pelo profissional solicitante médico.

**USO CABESP**

Endereçar à CABESP C.T.L. / SUBSIDIO DA ASSISTÊNCIA À SAUDE MÉDICO - Rua Boa Vista, 293 - Centro - São Paulo - SP, CEP 01014-915 ou entregue pessoalmente na Central de Atendimento CABESP