

TUTORIAL PARA CRIAÇÃO DO PROCESSO DE RESSARCIMENTO DE DESPESAS MÉDICAS

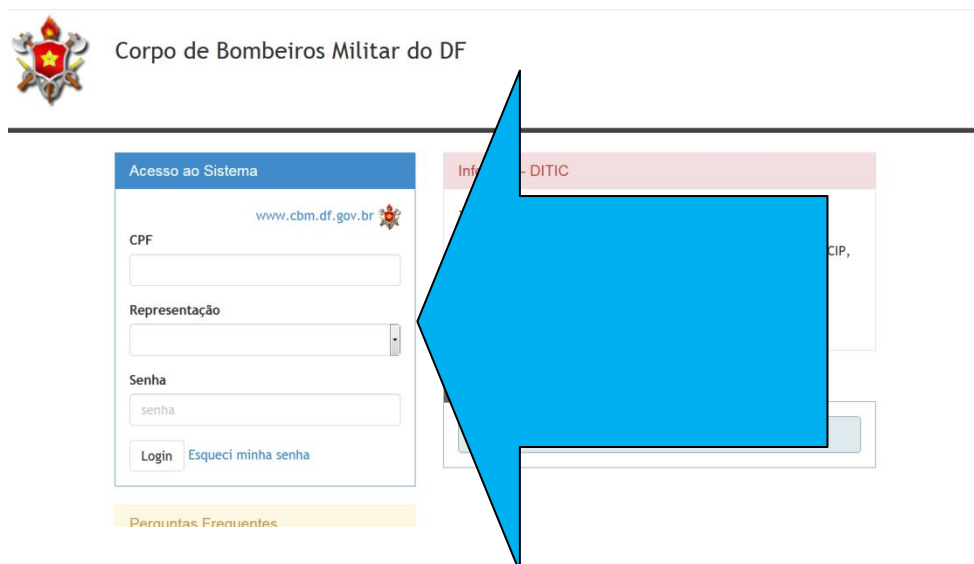
1) O usuário deverá acessar o *site* do CBMDF e clicar na aba "Saúde":



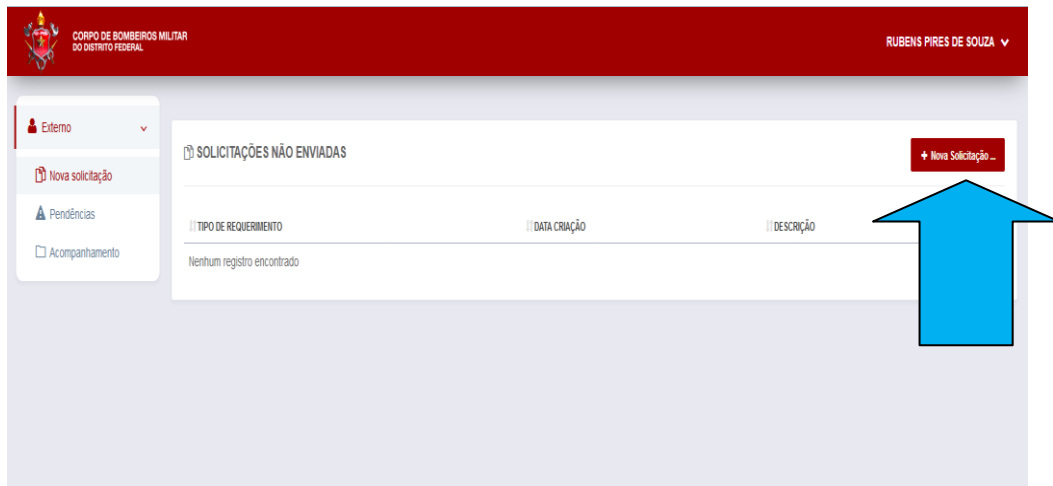
2) Em seguida deverá clicar na guia "Ressarcimento":



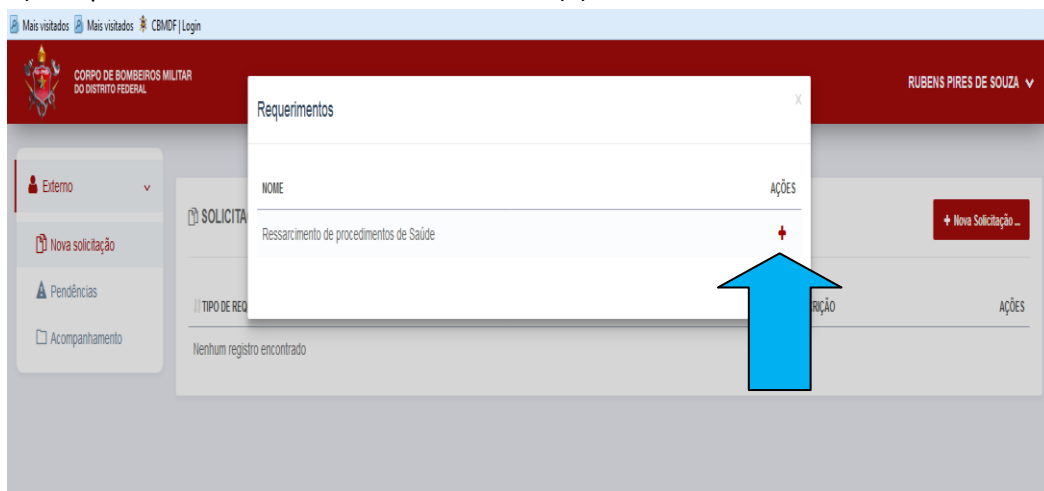
3) Preencher os campos CPF, representação e senha (deverá ser a mesma da INTRANET):



- 4) Depois de efetuar o *login*, o usuário terá acesso ao sistema de formulários poderá fazer o pedido de ressarcimento utilizando o comando “Nova Solicitação”:



- 5) Depois disso deverá clicar no sinal “mais” (+):



- 6) Será aberto um formulário com os dados básicos do usuário. Os demais campos deverão ser preenchidos, segundo o que se pede em cada um deles. Deve-se atentar para o campo “dados do paciente”, o qual listará o nome do usuário que realizou o procedimento e “dados do pedido”, no qual o interessado deverá indicar se foi pessoa física ou jurídica a responsável pelo atendimento.

The screenshot displays the 'Ressarcimento de procedimentos de Saúde' form. It is divided into several sections: 'DADOS DO TITULAR' (with fields for name, CPF, and contact), 'DADOS DO PACIENTE' (with fields for name, CPF, and validity), and 'DADOS DO PEDIDO' (with fields for person type, CPF, and fiscal note). Two large blue arrows point to the 'DADOS DO PACIENTE' and 'DADOS DO PEDIDO' sections respectively. At the bottom of the form, there are buttons for 'Cancelar' and 'Enviar'.

- 7) Após finalizar o preenchimento, o interessado deverá clicar em validar, salvar e “enviar”. Caso algum campo obrigatório não esteja preenchido, não será possível validar.

Ressarcimento de procedimentos de Saúde

DADOS DO TITULAR

Titular *
RUBENS Pires DE SOUZA Matr 140338

CPF [REDACTED] Posto/Grad 180T Quadro CBMG-1 Lotação AJZEN

Email Contato

DADOS DO PACIENTE

Permitido apenas um paciente por requerimento

Nome *
Selecione

Grupo CPF do paciente Validade

DADOS DO PEDIDO

Pessoa física/jurídica

Pessoa física? *
 Sim Não CPF *

Nome/Razão social do prestador de serviço *

Número da Nota * Data de Emissão * Valor da Nota * Valor Requerido *

Pedido Méd/Odont * Autorização * Nota fiscal *

Enviar Validar Salvar **Enviar**

