
RESOLUÇÃO Nº 008/2025 de 10 de outubro de 2025

Dispõe sobre o regramento para o reembolso dos gastos com alimentação dos pacientes da Fundação Estatal de Saúde do Pantanal – FESP encaminhados para tratamento de hemodiálise em Belo Horizonte - MG.

A Diretoria Executiva da Fundação Estatal de Saúde do Pantanal, no uso de suas atribuições legais conferidas pelo inciso IV, do art. 12, do Estatuto, faz saber que aprovou a seguinte Resolução:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINAES

Art. 1º - Fica regulamentado o reembolso dos gastos com alimentação dos pacientes enviados pela Fundação Estatal de Saúde do Pantanal – FESP para o Estado de Minas Gerais para a realização de tratamento de hemodiálise, conforme os termos desta Resolução.

CAPÍTULO II

DOS GASTOS REEMBOLSÁVEIS

Art. 2º. Os pacientes que se deslocarem para fora de seu município para a realização de tratamento de hemodiálise em Minas Gerais, sob responsabilidade da FESP, farão jus ao reembolso dos gastos com alimentação.

Art. 3º. Serão reembolsados os seguintes tipos de gastos:

I - Refeições completas, incluindo café da manhã, almoço e jantar;

II - Lanches e bebidas não alcoólicas.

Parágrafo único – Não serão reembolsados gastos com bebidas alcoólicas, gorjetas, despesas de terceiros ou quaisquer outros gastos não relacionados diretamente à alimentação do paciente.

CAPÍTULO III

DO PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Art. 4º. Para solicitar o reembolso, o paciente ou seu representante legal deverá apresentar à FESP:

I – Notas ou cupons fiscais originais e legíveis, emitidas por estabelecimentos comerciais legalmente constituídos, contendo:

- a) Razão social e CNPJ do estabelecimento;
- b) Descrição detalhada dos itens consumidos;
- c) Data e horário compatíveis com o período de tratamento.

II - Formulário de solicitação de reembolso, devidamente preenchido e assinado, com os dados bancários do paciente ou do representante legal.

Art. 5º. A solicitação de reembolso deverá ser feita no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos após retorno do tratamento.

Parágrafo único – Solicitações feitas após o prazo poderão ser analisadas, caso seja comprovado motivo de força maior.

CAPÍTULO IV

DA ANÁLISE E PAGAMENTO DO REEMBOLSO

Art. 6º. A análise dos pedidos de reembolso será realizada pelo setor competente da FESP, que verificará a conformidade da documentação apresentada.

Parágrafo único – Caso sejam identificadas irregularidades, o solicitante será notificado para regularização em até 10 (dez) dias úteis, sob pena de indeferimento do pedido.

Art. 7º. O pagamento do reembolso será realizado na conta bancária informada pelo paciente ou seu representante legal no prazo de até 30 (trinta) dias úteis, após a aprovação da solicitação.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 8º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.



Devanir Rodrigues Pereira Junior
Diretor Geral



Michael Ap. Bittencourt de Souza
Diretor Administrativo e Financeiro



Elaine Rucaglia Rizzo
Diretora de Atenção à Saúde



ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DE GASTOS COM ALIMENTAÇÃO

Fundação Estatal de Saúde do Pantanal - FESP

Nome do Paciente: _____

CPF: _____

Endereço Completo: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Dados da Solicitação

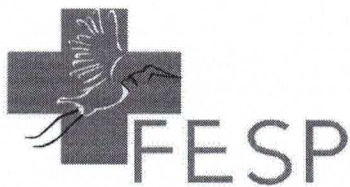
Período do Tratamento: Início: _____ Término: _____

Local do Tratamento: _____

Gastos Reembolsáveis

Data	Estabelecimento	Descrição do Item	Valor
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

B.



FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DO PANTANAL
HRCOX - HOSPITAL REGIONAL DE COXIM
Dr. ÁLVARO FONTOURA SILVA

Dados Bancários para Reembolso

Banco: _____

Agência: _____

Conta Corrente: _____

Nome do Titular da Conta: _____

CPF do Titular da Conta: _____

Declaração do Requerente

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e que as despesas solicitadas para reembolso são relacionadas exclusivamente à alimentação durante o tratamento de hemodiálise em Belo Horizonte - MG.

Local e Data: _____

Assinatura do Paciente ou Representante Legal

Para Uso Interno da FESP

Recebido em: _____

Analisado por: _____

Situação: () Aprovado () Indeferido

Motivo do Indeferimento (se aplicável):

[Handwritten signature]