**#10**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Preenchimento exclusivo pela Postal Saúde:  **PROTOCOLO:** | URR/NAR | Preenchimento exclusivo pela Postal Saúde:  **PEG:** |

**FOP 023.08 - GARANTIA DE ATENDIMENTO**

**Solicitação de reembolso das despesas administrativas do tratamento fora de domicilio (TFD)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (TITULAR)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Beneficiário (completo e sem abreviação):** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CPF:** | | | | | | | **CIB:** | | | | | | | | |
| **Tipo de plano:** | | | | **Data de Nascimento:**  **/**  **/** | | | | **Telefone Com./Res.:** (  ) | | | | | **Telefone Celular:**  (  ) | | |
| **E-mail:** | | | | | | | | | | | |
| **Endereço atual de localização do Beneficiário:** | | | | | **Município:** | | | | | **Estado:** | | | | | **UF**: |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (DEPENDENTE)**  **(Se o paciente for o titular, não necessita preencher tais campos)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Beneficiário (completo e sem abreviação):** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CPF:** | | | | | | | **CIB:** | | | | | | | | |
| **Tipo de plano:** | | | | **Data de Nascimento:**  **/**  **/** | | | | **Telefone Com./Res.:** (  ) | | | | | **Telefone Celular:**  (  ) | | |
| **E-mail:** | | | | | | | | | | | |
| **Endereço atual de localização do Beneficiário:** | | | | | **Município:** | | | | | **Estado:** | | | | | **UF**: |
| **ANEXAR AJUSTICATIVA DA GARANTIA DE ATENDIMENTO**  **Incluir o de acordo do FOP 093-Garantia de atendimento – Enquadramento da Modalidade e**  **FOP 013 – Garantia de Atendimento -Autorização de Tratamento Fora de Domicilio (TFD) \*Prorrogação** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMAÇÕES SOBRE DESPESAS DO TFD**  **(Preenchimento obrigatório URR)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Período do TFD:**    /  /     a   /  / | | | **1º Período de prorrogação do TFD:**    /  /     a   /  / | | | | | | **2º Período de prorrogação do TFD:**    /  /     a   /  / | | | | | | |
| **Município de Origem:** | | | | | | **Município de Destino:** | | | | | | | | | |
| **Data da solicitação do atendimento**:   /  / | | **Data da Autorização**:    /  / | | | | **Nº da senha da autorização Inicial**: | | | | | | **Nº da senha da autorização (Prorrogação)**: | | | |
| **DESPESAS ADMINISTRATIVAS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Código TUSS** | **Descrição do Evento** | | | | | | | | | | **Quantidade** | | | **Total** | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | R$ | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | R$ | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | R$ | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | R$ | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | R$ | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | R$ | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | R$ | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | R$ | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | R$ | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | R$ | |
| **Total: R$** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **LISTA DE VERIFICÃO DE DOCUMENTAÇÃO**  **(Preenchimento obrigatório URR)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Deverão ser apresentados para comprovação das despesas com o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), os documentos listados a seguir e datados dentro do período autorizado pela Postal Saúde: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMAÇÕES GERAIS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1-Beneficiário somente poderá dirigir-se ao local para tratamento após a autorização prévia da Postal Saúde.  2-As despesas administrativas deverão ser previamente autorizadas pela Postal Saúde.  3-Não será admitida documentação incompleta, ilegível, dupla grafia ou com rasura, para comprovação médica ou das despesas administrativas (passagem, alimentação, táxi e hospedagem).  4-A documentação com inconsistência, será devolvida ao Beneficiário (a) pela Unidade Representação Regional (URR), para possível regularização e reapresentação.  5-A documentação comprobatória e os comprovantes das despesas administrativas (passagem, alimentação, táxi, hospedagem) deverão estar datadas dentro do período autorizado pela Postal Saúde e somente serão válidos, para efeito de ressarcimento, até o prazo de 01 (um) ano contado da data da emissão, verificada a validade das notas fiscais.  6-Os deslocamentos realizados de urgência/emergência, serão avaliados pela Postal Saúde, conforme a elegibilidade de cobertura prevista no MAN 007 - MANUAL DO BENEFICIÁRIO - PLANO CORREIOSSAÚDE I e MAN 029 - MANUAL DO BENEFICIÁRIO - PLANO CORREIOSAUDE II.  7-O prazo para pagamento das despesas é de até 30 (trinta) dias contados da data do recebimento da solicitação de reembolso na URR de seu município, conforme previsto no MAN 007 - MANUAL DO BENEFICIÁRIO - PLANO CORREIOSSAÚDE I e MAN 029 - MANUAL DO BENEFICIÁRIO - PLANO CORREIOSAUDE II.  8-O pagamento das despesas será na conta bancaria registrada no sistema da Postal Saúde.  9-O Beneficiário deverá preencher, assinar o formulário e anexar a documentação pertinente as despesas administrativas e encaminhado à URR/NAR de seu município.  10-Para o Plano Viver Saúde, a cobertura administrativa é referente ao transporte ida e volta conforme prevista na RN 259/2011. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ASSINATURA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  Local e Data | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Beneficiário | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Gestor Regional\* | | | | | | | | |
| \*Entende-se como Gestor Regional o gerente ou coordenador regional lotado na Unidade de Representação Regional (URR) e supervisor regional ou analista com o documento de delegação de competência lotado no Núcleo de Atendimento Regional (NAR). | | | | | | | | | | | | | | | |

