**#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). |

