**#10**

|  |
| --- |
| **UAR/NAR** |

**FOP 094.05 - PRESTAÇÃO DE CONTAS PARA TFD**

**(Todos os campos são de preenchimento obrigatório)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (TITULAR)** | | | | | | | | |
| **Nome do Beneficiário (Completo e sem abreviação):** | | | | | | | | **CIB:** |
| **INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (DEPENDENTE)** | | | | | | | | |
| **Nome do Beneficiário (Completo e sem abreviação):** | | | | | | | | **CIB:** |
| **INFORMAÇÕES SOBRE DESLOCAMENTO DO TFD** | | | | | | | | |
| **Período do TFD:**  **/**  **/**     **a**   **/**  **/** | **Município de Origem:** | | **Município de Destino:** | | | **Nº da senha da autorização:** | | |
| **Item** | | | | **Quantidade** | | | | **Valor** |
|  | | | |  | | | | R$ |
|  | | | |  | | | | R$ |
|  | | | |  | | | | R$ |
| **Valor Adiantado:**  **R$** | **–**  **(menos)** | **Valor Utilizado comprovada: R$** | | | **=**  **(igual à)** | | **Total à Devolver:**  **R$** | |
| **ORIENTAÇÕES GERAIS** | | | | | | | | |
| * Este FOP deverá ser preenchido e encaminhado para [geare.garantiadeatendimento@postalsaude.com.br](mailto:geare.garantiadeatendimento@postalsaude.com.br) , com a seguinte documentação em anexo:  1. Atestado de comparecimento emitido pelo profissional que realizou o atendimento; 2. Recibos, Bilhete ou Nota Fiscal das passagens (ida e volta) do Beneficiário e acompanhante, quando previamente autorizado pela Postal Saúde; 3. Recibos, Cupom Fiscal ou Nota Fiscal das despesas com táxi relativo ao trajeto discriminado, quando previamente autorizado pela Postal Saúde; 4. Recibo, Cupom Fiscal/ ou Nota Fiscal das despesas com a alimentação (correspondente ao período do TFD e o vale refeição almoço e/ou jantar); e 5. Comprovante de deposito da diferença à Postal Saúde, quando houver.  * Os comprovantes das despesas (transporte, alimentação e táxi) deverão corresponder ao período autorizado pela Postal Saúde. * Não será admitido documentação incompleta, ilegível, dupla grafia ou com rasura, para comprovação médica/odontológicas ou das despesas administras (passagem, alimentação e táxi). * A documentação com inconsistências, será devolvida ao Beneficiário para regularização da prestação de contas. * Quando a comprovação das despesas for menor que o valor do adiantamento realizado pela Postal Saúde, o Beneficiário deverá realizar a devolução da diferença por meio de deposito, conforme dados bancários a seguir:  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Banco: Banco do Brasil** | | **Nome: Postal Saúde** | | | **Agência: 3307-3** | **Conta Corrente: 295159-2** | | **Código Identificador: CPF do Empregado** | | | | | | | | | |
| **ASSINATURA** | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  Local e data | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Gerente Regional ou  Supervisor de Núcleo de Atendimento | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal | | | | | |

