**#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 , 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 ouSupervisor de Núcleo de Atendimento | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal |

