

FOP 023.03 - TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)**INFORMAÇÕES GERAIS PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS COM TFD**

Eu _____ portador do CIB _____, solicito autorização para realização do(s) procedimento(s) médico(s) e/ou odontológico(s) fora do meu domicílio conforme abaixo relacionado:

Nome do (s) procedimento (s): _____

Especialidades (s): _____

Declaro estar ciente que:

- Os procedimentos realizados fora do meu domicílio estão sujeitos aos mesmos mecanismos de regulação que os procedimentos realizados na rede credenciada do meu município.
- Toda documentação médica e/ou odontológica - pedido médico, relatório médico, exames complementares, etc - deverá ser entregue no momento da solicitação à Postal Saúde).
- Nos casos de prorrogação do período de atendimento, devo comunicar imediatamente à Unidade Regional-URR de destino, e apresentar a documentação comprobatória para análise e decisão da Postal Saúde.
- Nos casos de não comparecimento para realização do atendimento agendado pela Postal Saúde, o valor adiantado deverá ser devolvido por mim, imediatamente, por meio de depósito bancário.
- Após o tratamento médico ou odontológico, devo prestar contas no prazo de até 30 dias, contados a partir da data do retorno do atendimento ao meu município de origem, sob pena de não autorização de novas solicitações de tratamento fora de domicílio suspenso até a devida prestação de contas.
- Nos casos de valor adiantado pela Postal Saúde não ter sido utilizado integralmente, devo depositar a diferença à Postal Saúde, conforme dados bancários a seguir indicados:

Banco: Banco do Brasil	Nome: Postal Saúde	
Agência: 3307-3	Conta Corrente: 295159-2	Código Identificador: CPF do Empregado

Obs: As despesas decorrentes da realização dos serviços médico-hospitalares e odontológicos, por mim utilizadas, serão pagas pela Postal Saúde e compartilhadas conforme normas de coparticipação previstas no Regulamento do Plano.

DADOS BANCÁRIOS PARA ADIANTAMENTO (TITULAR)

Obs: Solicito adiantamento do valor correspondente às despesas com transporte e alimentação, conforme análise da Postal Saúde e autorizo creditar na conta bancária abaixo;

Nome (completo e sem abreviação): _____				CPF: _____
Banco: _____	Agência: _____	Tipo de Conta: _____	Operação: _____	Nº da Conta: _____

CONDIÇÕES PARA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

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:

- FOP 094.02 - TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD) / PRESTAÇÃO DE CONTAS**, preenchido e assinado pelo solicitante;
- Atestado de comparecimento emitido pelo profissional que realizou o atendimento;
- Recibos/Bilhetes das passagens (ida e volta) do paciente e acompanhante (se houver);
- Recibo das despesas com táxi relativas ao trajeto discriminado, quando previamente autorizadas pela Postal Saúde; e
- Cupom Fiscal/Nota Fiscal das despesas com alimentação descritos detalhadamente (item a item).

O beneficiário deverá preencher e assinar este documento e encaminhar à Unidade de Representação Regional - URR de seu município, junto com a documentação acima descrita, antes da realização do atendimento.

_____, ____/____/____
Local e Data

Assinatura do Empregado da Postal Saúde

Assinatura do Beneficiário