

**FOP 094.02 - TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)/PRESTAÇÃO DE CONTAS**
**DADOS 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**

Município de Origem: _____	Município de Destino: _____	Data de Ida: / / _____	Data de Retorno: / / _____
-------------------------------	--------------------------------	---------------------------	-------------------------------

Item	Quantidade	Valor
<input type="checkbox"/> Passagem Ida / Volta (Áereo/Terrestre)	_____	R\$ _____
<input type="checkbox"/> Voucher de Táxi	_____	R\$ _____
<input type="checkbox"/> Hospedagem (Se autorizado reembolso)	_____	R\$ _____

Valor Adiantado: R\$ _____	- (menos)	Valor Utilizado: R\$ _____	= (igual à)	Total à Devolver: R\$ _____
----------------------------	--------------	----------------------------	----------------	-----------------------------

**ORIENTAÇÕES GERAIS**

O Beneficiário deverá apresentar a seguinte documentação em anexo a este FOP:

- 1) Atestado de comparecimento emitido pelo profissional que realizou o atendimento;
- 2) Recibos/Bilhete das passagens (ida e volta) do paciente e acompanhante independente da reserva/aquisição ter sido realizada diretamente pela Postal Saúde;
- 3) Recibos das despesas com táxi (detalhamento do trajeto);
- 4) Nota Fiscal da hospedagem em nome do Beneficiário ou do acompanhante, em caso de reembolso; e
- 5) Comprovante de depósito à Postal Saúde.

A documentação comprobatória deverá estar datada dentro do período autorizado pela Postal Saúde.

Todas as despesas deverão ser previamente autorizadas pela Postal Saúde.

A solicitação de reembolso caracterizada como **urgência/emergência** será avaliada pela regulação da Postal Saúde.

A diferença comprovada na prestação de contas, deverá ser devolvida à Postal Saúde por meio de depósito bancário informado no **FOP 023.03 - TERMO DE RESPONSABILIDADE - TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)**.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal

**PARA USO EXCLUSIVO DA POSTAL SAÚDE**

Nº da Senha de Autorização: _____	Período Autorizado: / / _____ à / / _____
--------------------------------------	--

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Matrícula do Empregado da Postal Saúde