



JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DE RORAIMA – SJRR  
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO TRF 1ª REGIÃO

## ROTINA PARA SOICITAÇÃO DE REEMBOLSO (Assistência por Livre Escolha)

Atualizado em Agosto/2022

### I – REGRAS GERAIS

#### 1. Legislação

Resolução/Presi/Secbe 9, de 23/04/2014, arts. 15, 16 e 48 a, – Regulamento Geral do Pro Social – RGPS.

#### 2. Requisitos para o Reembolso

- a. Atendimento na modalidade Livre Escolha;
- b. Autorização prévia, nos casos em que houver essa exigência;
- c. Apresentação da nota fiscal ou recibo de pessoa física (atenção para a descrição do procedimento realizado);
- d. Documentação comprobatória do atendimento, de acordo com a especialidade atendida;
- e. Dar entrada na SEBES dentro do **prazo de 180 dias**.

#### 3. Livre Escolha

Para o pedido de reembolso, é necessário que o atendimento tenha sido realizado por meio da modalidade de **livre escolha**. Esta modalidade é prestada por profissionais e instituições não pertencentes à rede credenciada. Ou seja, **NÃO** é possível o reembolso de despesas realizadas com profissionais **CREDENCIADOS** ao Pro-Social.

**OBS.:** Os tratamentos realizados através dessa modalidade seguem os mesmos critérios e procedimentos estabelecidos para os serviços prestados por profissionais ou instituições credenciados, inclusive no que se refere às autorizações prévias.

#### 4. Autorização Prévia

A assistência, tanto na modalidade de Livre Escolha quanto na Rede Credenciada do Pro Social, requer a **prévia análise e autorização** pelo Programa nos casos de:

- Tratamento seriado (Fisioterapias, Fonoaudiologia, Psicologia, Psiquiatria, etc.)
- Procedimento cirúrgico (inclusive parto agendado),



JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DE RORAIMA – SJRR  
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO TRF 1ª REGIÃO

- Internação hospitalar e procedimentos dermatológicos; salvo nos casos de urgência comprovada.

#### 5. Recibo / Nota fiscal

- Quando se tratar de Pessoa Física, o recibo deverá conter carimbo e assinatura do profissional, número do CPF e registro do Conselho de Classe da categoria.
- Quando se tratar de Pessoa Jurídica, a Nota Fiscal deverá conter o CNPJ do prestador do serviço.
- Em ambos os casos, é necessária a descrição do procedimento realizado.

#### 6. Prazo para solicitação do Reembolso

A solicitação de reembolso das despesas poderá ser requerida **até 180 dias** após emissão do recibo ou nota fiscal/data do procedimento (ou da data da perícia final, no caso de tratamentos odontológicos).

Transcorridos 180 dias não será recebida documentação para efeito de reembolso.

#### 7. Valor do Reembolso

O reembolso da despesa será efetuado de acordo com os valores constantes das [Tabelas](#) adotadas pelo Pro-Social, limitado ao valor efetivamente pago pelo beneficiário.

#### 8. Não haverá reembolso

- a. No caso de atendimentos realizados em **caráter particular, dentro da rede credenciada**.
- b. No caso de **procedimentos inexistentes** nas tabelas do Programa realizados sem a análise prévia da administração do Pro-Social.

## **II – ROTINA**

O beneficiário deverá apresentar à SEBES, via SEI:

- a. [Formulário](#) Solicitação de Reembolso preenchido e assinado pelo titular;
- b. Recibo/Nota Fiscal de pagamento do tratamento;
- c. Documentos específicos da modalidade atendida, de acordo com o quadro – Título VI



JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DE RORAIMA – SJRR  
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO TRF 1ª REGIÃO

- O reembolso das despesas será processado e efetivamente pago, de acordo com os procedimentos próprios de cada tipo de assistência, limitado às tabelas adotadas pelo Pro Social, sendo creditado na conta corrente do titular, no prazo de **até 20 dias úteis** da data de solicitação.
- OBS:** A data de processamento mensal do Reembolso é sempre após o pagamento da Folha de Pagamento.

### **III – REEMBOLSO DE UTILIZAÇÃO DE UTI MÓVEL**

- Legislação: [Portaria/Presi/Secbe 187 de 23/05/2014](#).
- [Rotina de atendimento](#).

### **IV – REEMBOLSO DE TFD**

- Legislação: [Portaria/Presi/Secbe 187, 23/05/2014](#).
- [Rotina de Atendimento](#).

### **V – REEMBOLSO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO OU AUXÍLIO ORTODÔNTICO**

- Legislação: [Portaria/Presi/Secbe 182, 30/10/2013](#) – auxílio ortodôntico
- Rotina: [Tratamento Odontológico](#) ou [Auxílio Ortodôntico](#).



JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DE RORAIMA – SJRR  
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO TRF 1ª REGIÃO

## **VI – DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REEMBOLSO**

O beneficiário deverá atentar para a apresentação dos documentos necessários, constantes dos quadros abaixo, de acordo com o atendimento realizado.

Consultas	1 e 2
Exames (Laboratório/ Radiologia/ US/ CT/ Ressonância)	1, 2, 3
Atendimento Ambulatorial/ pequeno ato médico	1, 2, 3, 4
Atendimento ambulatorial/ pequeno ato cirúrgico	1, 2, 3, 4, 7
Internação clínica	1, 2, 3, 4, 5, 7
Internação cirúrgica	1, 2, 4, 6, 7, 11
Fisioterapia Domiciliar	1, 2, 3, 7,10
UTI Móvel	1, 2, 3, 4
Tratamento seriado – Psicologia, Fonoaudiologia e Psiquiatria, Terapia ocupacional.	1, 2, 3, 8,10
Tratamento seriado – Acupuntura, Escleroterapia, Ortoptia.	1, 2, 3, 7,10
Tratamento seriado – Fisioterapia, Equoterapia, Pilates, RPG, Hidroterapia, Iso-stretching, Recondicionamento Aeróbico.	1, 2, 3, 9,10
Tratamento odontológico.	1, 2, 12, 13,14
Tratamento odontológico/Emergência.	1, 2, 12 e 14

### **CODIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

1	Formulário Solicitação de Reembolso preenchido e assinado.	8	Autorização prévia da Seção de Psicologia.
2	Recibo ou nota fiscal (original e cópia).	9	Autorização prévia da Seção de Fisioterapia.
3	Prescrição ou justificativa médica.	10	Comprovante de presença ou controle de sessões.
4	Detalhamento das despesas, especificando os valores unitários e total.	11	Boletim Anestésico.
5	Relatório médico - clínico constando as datas das visitas realizadas.	12	Guia de tratamento odontológico – GTO.
6	Relatório cirúrgico constando procedimento(s), equipe cirúrgica e data da cirurgia.	13	Perícia Inicial - tratamentos acima de R\$ 1.000,00.
7	Autorização prévia do Serviço Médico, médico auditor ou Junta médica.	14	Perícia Final - tratamentos acima de R\$ 1.000,00.