



ROTINA PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO (Assistência por Livre Escolha)

Atualizado fevereiro/2015

I – REGRAS GERAIS

1. Legislação

Resolução/Presi/Secbe 9, de 23/04/2014, arts. 15, 16 e 48, – 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;**
- d. **Documentação comprobatória do atendimento, de acordo com a especialidade atendida;**
- e. **Dar entrada na SEBES/SECBE dentro do prazo de 180 dias.**

3. Livre Escolha

A assistência na modalidade de livre escolha é prestada por profissionais e instituições não pertencentes à rede credenciada.

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 ([ver rotina própria](#))**
- **Procedimento cirúrgico (inclusive parto agendado),**
- **Internação hospitalar e procedimentos dermatológicos;** salvo nos casos de urgência comprovada.

5. Recibo / Nota fiscal

- a. 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.
- b. Quando se tratar de **Pessoa Jurídica**, a **Nota Fiscal** deverá conter o CNPJ do prestador do serviço.

6. Prazo para solicitação do Reembolso

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

9. Pagamento

O pagamento pelos serviços será realizado pelo beneficiário diretamente ao profissional/clínica/hospital, sem nenhuma responsabilidade do Pro-Social perante o prestador de serviço.

10. Formulário de Solicitação de Reembolso

O formulário de Solicitação de Reembolso está disponível nos seguintes endereços:

- a. Internet: Serviços < Pro-Social < assistência indireta < rotina de atendimento < reembolso < solicitação de reembolso. ([Formulário](#))
- b. Intranet: Serviços<formulários<sisitema8- benefícios sociais < solicitação de reembolso.

11. Solicitação de Reembolso

O beneficiário deverá apresentar à SEBES, se vinculado a Seccional, ou à DIVAF/SECBE, se vinculado ao TRF:

- a. Formulário 'Solicitação de Reembolso' preenchido e assinado pelo titular;
- b. Recibo/Nota Fiscal de pagamento do tratamento - (entrega pelo SEI);
- c. Documentos específicos da modalidade atendida, de acordo com o quadro – **Título 6**.

12. Rotina Administrativa do Pro-Social

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.**

III – REEMBOLSO DE UTILIZAÇÃO DE UTI MÓVEL

- a. Legislação: Portaria/Presi/Secbe 187, 23/05/2014.
- b. Ver rotina específica de reembolso de utilização de UTI Móvel, em:
 - Internet: Serviços < Pro-Social < assistência indireta < rotina de atendimento < 12. UTI móvel - aérea e terrestre. ([UTI móvel](#))

IV – REEMBOLSO DE TFD

- a. Legislação: Portaria/Presi/Secbe 185, 23/05/2014.
- b. Ver rotina específica de reembolso de Tratamento Fora do Domicílio – TFD, em:
 - Internet: Serviços < Pro-Social < assistência indireta < rotina de atendimento < 10. Tratamento Fora do Domicílio – TFD. ([TFD](#))

V – REEMBOLSO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO OU AUXÍLIO ORTODÔNTICO

- a. Legislação: Portaria/Presi/Secbe 182, 30/10/2013 – auxílio ortodôntico.
- b. Ver rotina específica de reembolso para tratamentos odontológicos, em:
 - Internet: Serviços < Pro-Social < assistência indireta < rotina de atendimento < 3. área odontológica < Tratamento odontológico geral ([Tratamento Odontológico](#)) ou auxílio ortodôntico. ([Auxílio Ortodôntico](#))

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 - clinico 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.