



## SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD

### IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

|                     |          |             |
|---------------------|----------|-------------|
| Nome do titular:    |          | Matrícula:  |
| CPF:                | Lotação: | Telefones:  |
| Nome do dependente: |          | Parentesco: |

### VIAGEM

|   |
|---|
| Motivo:<br><br>( ) Consulta ( ) Exames ( ) Cirurgia ( ) Outros  |
| DESLOCAMENTO:<br>Ida:<br>De: _____ UF: ___ ; Para _____ UF: ___<br>Volta:<br>De: _____ UF: ___ ; Para _____ UF: ___ |

### HOSPEDAGEM – Prestador de serviço

|  |           |
|--|-----------|
| Nome ou razão social:                            | CNPJ/CPF: |
| Endereço:  | Telefone: |
| Período:<br><br>De ___/___/20___ a ___/___/20___ |           |
| Acompanhante:                                    |           |

### INTERNAÇÃO: ( ) Sim ( ) Não

|   |
|---|
| Hospital:<br>Nome:<br>Endereço:<br>Telefones:<br>Período:<br>Apartamento: ___/___/20___ a ___/___/20___<br>UTI: ___/___/20___ a ___/___/20___ |
|---|

## TRANSPORTE

( ) Aéreo – ( ) Terrestre – ( ) Veículo próprio

( ) UTI aérea – nome ou razão social:

Endereço:

CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_ - Telefones: \_\_\_\_\_

( ) UTI terrestre – nome ou razão social:

Endereço:

CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_ - Telefones: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

O Beneficiário, ao retornar do TFD, deverá, por meio do titular ou de seu representante legal, encaminhar à SECBE, via SEBES, se for o caso, os comprovantes para reembolso:

- despesas com UTI aérea e/ou terrestre;
- despesas de hospedagem, constando o valor líquido da diária;
- passagem(ns) aérea(s) completa(s), com indicação do(s) custo(s), trajeto(s) de ida e volta, quando for caso, e *ticket(s)* de embarque(s);
- passagem(ns) terrestre(s) com indicação do(s) custo(s);
- relatório médico constando o período em que o Beneficiário esteve em atendimento/tratamento e cópias dos respectivos laudos dos exames, quando houver.

Notas:

- 1) os documentos que comprovem despesas devem conter CPF e/ou CNPJ do prestador do serviço;
- 2) os recibos, faturas e notas fiscais deverão conter a discriminação das despesas com os respectivos valores.

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

---

---

---

---

---

---

## AUTENTICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Considerando as informações e a documentação acima indicada, composta de \_\_\_\_\_ anexos, no valor total de R\$ \_\_\_\_\_, solicito o reembolso devido.

\_\_\_\_\_

Local e data

\_\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo

## COMPROVANTE DE SOLICITAÇÃO

Autenticação do Pro-Social

Recebemos de \_\_\_\_\_,  
matrícula nº \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anexos, no valor total de R\$ \_\_\_\_\_ para reembolso.

\_\_\_\_\_

Local e Data

\_\_\_\_\_

Assinatura / Carimbo