



SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO – TFD

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

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

VIAGEM

Motivo: <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Exames <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Outros
DESLOCAMENTO: Ida: De: _____ UF: ___ ; Para _____ UF: ___ Volta: De: _____ UF: ___ ; Para _____ UF: ___

HOSPEDAGEM – Prestador de serviço

Nome ou razão social:	CNPJ/CPF:
Endereço:	Telefone:
Período: De ___/___/20___ a ___/___/20___	
Acompanhante:	

INTERNAÇÃO: Sim Não

Hospital: Nome: Endereço: Telefones: Período: Apartamento: ___/___/20___ a ___/___/20___ 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