* No lugar dos formulários impressos, os reembolsos médicos e odontológicos serão remetidos por meio do sistema SEI, conforme instruções abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| **SEI** | |
| **1º Passo - INICIAR PROCESSO - REEMBOLSO MÉDICO/ODONTOLÓGICO** | |
| **Campo/Opção** | **Preenchimento** |
| Escolha o Tipo do Processo: | PROCESSO ADMINISTRATIVO |
| Especificação: | Reembolso Médico ou Reembolso Odontológico (Conforme o caso) |
| Classificação por Assuntos: | * + - 1. – Reembolso de Despesas Médicas ou       2. - Reembolso de Despesas Odontológicas |
| Interessados: | *[Nome do servidor Titular do PROAS]* |
| Observações desta unidade: | "Reembolso Médico" ou "Reembolso Odontológico" (conforme o caso) |
| Nível de Acesso | Restrito |
| **SALVAR** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SEI** | |
| **2º Passo INCLUIR DOCUMENTO - Requerimento** | |
| **Campo/Opção** | **Preenchimento** |
| Escolha o Tipo do Documento: | Requerimento |
| Texto Inicial | Nenhum |
| Descrição | "Reembolso Médico" ou "Reembolso Odontológico" (conforme o caso) |
| Interessados: | *[Nome do servidor Titular do PROAS]* |
| Classificação por Assuntos: | * + - 1. – Reembolso de Despesas Médicas ou       2. - Reembolso de Despesas Odontológicas |
| Nível de Acesso | Restrito |
| **CONFIRMAR DADOS** | |

* Utilizar os textos padrões sugeridos abaixo para redação do requerimento, salvar e assinar eletronicamente.
* Obs: A lista de recibos é **imprescindível.** Sem ela, o pedido baixará em diligência.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SEI** | |
| **2º Passo - Modelos para Requerimento** | |
| **Modelos** | **Modelo de Texto** |
| **Requerimento para Reembolso de Serviço Médico** | **REEMBOLSO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS**  Sr(a) Senhor Secretário de Gestão de Pessoas,  Venho por meio deste, com fundamento no art. 21, § 3º da Resolução TRE n.º Nº 5.407/2017, requerer reembolso de serviços de assistência médica/ tratamentos especializados. Para tal, junto o(s) recibo(s) / nota(s) fiscal(is) abaixo relacionados(as):  **Nº Emitente Valor R$**   1. Dr. João da Silva 100,00 2. Hospital São João 250,00 3. Laboratório São José 25,00 Nestes termos, pede deferimento.  * **C.P.F:** <informar CPF do beneficiário titular > * **Banco /Agência/Conta:** [Ex.: 001 - Banco do Brasil - Agencia: 2747-4 - C/C: 54.789-4] |
| **Requerimento para Reembolso de Serviço Odontológico** | **REEMBOLSO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**  Sr(a) Senhor Secretário de Gestão de Pessoas,  O(a) servidor(a) acima identificado(a), vem, por meio deste, com fundamento no art. 21, § 3º da Resolução TRE n.º Nº 5.407/2017, requerer reembolso de serviços de assistência odontológica. . Para tal, junto o(s) recibo(s) / nota(s) fiscal(is) abaixo relacionados(as):  **Nº Emitente Valor R$**   1. Dr. João da Silva 100,00 2. Clínica do Sorriso 250,00 Nestes termos, pede deferimento.  * **C.P.F:** <informar CPF do beneficiário titular > * **Banco /Agência/Conta:** [Ex.: 001 - Banco do Brasil - Agencia: 2747-4 - C/C: 54.789-4] |

* Após a instrução inicial, deverão ser anexados ao processo eletrônico os documentos comprobatórios de despesas a serem reembolsadas, conforme regulamentação dos arts. 15 e 16 da Portaria TRE/PA nº 19.571/2020 Abaixo segue a relação de documentos necessários, por tipo de reembolso.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SEI** | | |
| **Orientações - DOCUMENTOS Externos** | | |
| **Reembolso** | **Anexar ao Processo Eletrônico** | **Observações** |
|  | **No caso de consulta**:   * Recibo ou nota fiscal, conforme o caso; * Requerimento de reembolso assinado pelo titular. | **O recibo ou nota fiscal deverá conter:**   * + nome do beneficiário;   + descrição e valor do serviço;   + nome do profissional, especialidade, nº de inscrição no Conselho de classe, da CI e do CPF ou CNPJ;   + data da emissão do documento;   + carimbo e assinatura do profissional, no caso de recibo;   **Ao optar pela Assistência Odontológica** na modalidade de livre escolha, o beneficiário deverá encaminhar-se ao profissional ou à empresa de sua escolha, com a Guia de Tratamento Odontológico – GTO e/ou a Guia de Atendimento Odontológico - GAO, disponíveis nos sítios da intranet e internet do TRE/PA, para consulta, obtenção do plano de tratamento e orçamento.   * O beneficiário deverá dirigir-se à SAMOS para realização de perícia nas situações exigidas na Tabela de Procedimentos Odontológicos do TRE/PA. * Os tratamentos realizados sem autorização da SAMOS ou que incluam procedimentos que não constem da Tabela de Procedimentos Odontológicos do TRE/PA não serão objeto de reembolso. * Os prazos para o beneficiário realizar as perícias são os mesmos definidos nos parágrafos 2º e 3º do art. 13 da Portaria 19.571/2020 * § 4º O beneficiário perde o direito ao reembolso caso não observe o prazo * estabelecido para realização da perícia final, salvo se não tiver dado causa ao excesso de prazo. |
| Para reembolso de  **ASSISTÊNCIA MÉDICA** (Encaminhar p/ SAGP) | **No caso de exame ou sessão de tratamento:**   * solicitação do profissional habilitado, previamente autorizada pelo TRE, quando se tratar de procedimento não listado no Anexo da Portaria. * Recibo ou nota fiscal, conforme o caso; * Requerimento de reembolso assinado pelo titular; * No caso de sessão de terapia e tratamento continuado deverá ser encaminhado laudo do profissional de saúde assistente, com periodicidade máxima de 1 (um) ano.   **No caso de internação:**   * indicação médica, previamente autorizada pelo TRE/PA; * relatório cirúrgico e boletim anestésico, conforme o caso; * nota fiscal; * requerimento de reembolso assinado pelo beneficiário titular. |
| **ODONTOLOGICA** |  |
| Para reembolso de  **ASSISTÊNCIA** | **No caso de assistência odontológica::** |
| **ODONTOLOGICA**  (Encaminhar p/ SAMOS) | * GTO e/ou GAO, devidamente preenchidas e assinadas; * Recibo ou nota fiscal, conforme o caso, * Requerimento de reembolso assinado pelo titular; |
|  |

* Os documentos comprobatórios de despesas a serem reembolsadas, deverão ser digitalizados e inseridos conforme a seguir:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEI** | | | |
| **3º Passo INCLUIR DOCUMENTOS - Externos** | | | |
| **Campo/Opção** | **Preenchimento** | | **Figura** |
| Escolha o Tipo do Documento | Externo | | |
| Tipo de Documento | [Seguir tabela de correspondência] | **Tabela de Correspondência para inserção de documentos externos:** | |
| Numero/Nome na Arvore | [Seguir tabela de correspondência] |
| Data do Documento | Data que consta no documento |
| Tipo de Conferencia | "Original" para Notas Fiscais eletrônicas e "Cópia Simples" para os demais documentos. (Recibos, GAO, GTO,  Requisição Médica, Laudo Médico) |
| Nível de Acesso | Restrito |
| Selecionar arquivo | Apos digitalizar o arquivo convertê-lo em formato *pdf*, indicar o caminho do arquivo para inserção no processo eletrônico. |

* + **OBSERVAÇÕES:**

1. **Não há mais necessidade do envio dos originais de Recibos de Serviços emitidos por Pessoa Física. Somente solicitaremos os originais quando os dados das cópias contiverem rasuras.**
2. Não há necesssidade de remesssa do formulário de reembolso que era utilizado na sistemática anterior, bastando a utilização dos modelos de querimento mencionados acima.
3. Após instruído, o processo eletrônico que se refira a ***Reembolsos de Serviços Médicos* deverá ser encaminhado à unidade *SAGP***
4. Após instruído, o processo eletrônico que se refira a ***Reembolsos de Serviços Odontológicos* deverá ser encaminhado à unidade *SAMOS***
5. Para fins de contagem do prazo de validade de apresentação dos recibos/notas fiscais (30 dias a contar de sua emissão), será considerada a data de remessa do processo eletrônico.

Atenciosamente,

***SAGP/SAMOS/CAS***