TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO DF

ATO NORMATIVO 7 - TRE-DF

Dispõe sobre a regulamentação do reembolso de despesas médicas e/ou odontológicas.

O Conselho Administrativo do Programa de Assistência a Saúde e Benefícios Sociais –TRE-Saúde, no uso da competência delegada pelo artigo 3º da Resolução TRE-DF nº 7.853/2020 e da atribuição prevista pelo art. 26, inciso XI, do Regulamento Geral do Programa de Assistência à Saúde e Benefícios Sociais do Tribunal Regional Eleitoral do Distrito Federal, e considerando, ainda, a necessidade de atualização do Ato Deliberativo nº 8, de 06 de setembro de 2016, resolve:

Art. 1º Os beneficiários do TRE-Saúde poderão utilizar a assistência indireta, de livre escolha, cabendo ao beneficiário titular requerer o reembolso das despesas havidas com serviços prestados em todo o território nacional, desde que observadas as disposições contidas no Regulamento do Programa e em normas regulamentares.

§ 1º Não são passíveis de reembolso as despesas realizadas pelo beneficiário fora do território nacional com a assistência indireta, de livre escolha.

§ 2º O reembolso será efetuado no mês subsequente ao do pedido formulado e será processado pela Seção de Pagamento - SEPAG, por meio de depósito na conta corrente cadastrada em nome do beneficiário titular.

Art. 2º As despesas médico-hospitalares, ambulatoriais e odontológicas serão reembolsadas com base nos preços estabelecidos nas tabelas específicas adotadas pelo Programa e sobre os quais incidirão os descontos referentes aos percentuais fixados no artigo 2º do Ato Normativo nº 4, a título de coparticipação do beneficiário, ou em ato deliberativo vigente à época em que o gasto foi efetuado.

§ 1º O pedido de reembolso será instruído com toda a documentação relativa às despesas e deverá ser apresentado à Administração do TRE-Saúde no prazo máximo e improrrogável de 60 (sessenta) dias, a contar da data da emissão do comprovante de pagamento.

§ 2º Para o reembolso de tratamento odontológico, o prazo de 60 (sessenta) dias será contado a partir da emissão do comprovante de pagamento ou da data da realização da perícia final, caso necessária.

§3º Serão indeferidos os pedidos de reembolso apresentados fora do prazo assinalado pelos §§ 1º e 2º deste artigo, devendo esta informação ser amplamente divulgada entre os beneficiários do Programa.

Art. 3º O reembolso fica condicionado à apresentação dos seguintes documentos:

I – para consultas realizadas em clínicas e/ou hospitais, nota fiscal contendo:

a) a indicação detalhada dos serviços prestados e da especialidade médica;

b) o número dos registros dos profissionais nos respectivos conselhos de classe; e

c) o nome do beneficiário titular ou dependente tomador do serviço.

II – para consultas realizadas em consultórios particulares (pessoa física), recibo original contendo:

a) o número do Cadastro de Pessoa Física –CPF e do registro no respectivo conselho profissional;

b) a indicação detalhada do serviço prestado;

c) a especialidade do profissional; e

d) o nome do beneficiário titular ou dependente tomador do serviço.

III –para exames complementares, solicitação médica formulada por meio de receituário próprio e original da nota fiscal contendo:

a) a discriminação dos exames realizados, com indicação de preço unitário; e

b) o nome do beneficiário titular ou dependente tomador do serviço.

IV –para os tratamentos seriados nas especialidades de psicologia, fisioterapia e fonoaudiologia:

a) relatório do profissional de saúde e especificação do tratamento indicado, com o quantitativo de sessões, nos moldes do Anexo I deste Ato;

b) nota fiscal ou recibo, observando o disposto nos incisos I e II, quando for o caso, como número de sessões realizadas; e

c) comprovante de presença discriminando as datas das sessões realizadas, assinado pelo beneficiário e carimbado e assinado pelo profissional, nos campos determinados, de acordo com o Anexo II deste Ato, bem como pedido médico em relação ao qual tenha havido a autorização prévia, por parte da Coordenadoria de Assistência Médica e Social –CAMS, para a realização do tratamento.

§ 2º Os pagamentos dos reembolsos ficam condicionados à realização de auditoria médico-hospitalar do TRE-Saúde e parecer da junta médica da CAMS, quando houver necessidade.

§ 3º Não será efetuado pagamento ou reembolso de tratamento odontológico que não tenha sido submetido e autorizado pelas perícias inicial e final, tampouco serão autorizadas despesas relativas a aparelhos ortodônticos.

Art. 4º Nos casos de reembolso de despesas referentes à internação, o beneficiário deverá apresentar, além do parecer prévio de médico do Tribunal, a documentação hospitalar e a nota fiscal pormenorizada dos serviços prestados.

Art. 5º Não serão reembolsadas as despesas médicas e odontológicas relativas a benefícios que estiverem suspensos por atos do Conselho Administrativo.

Art. 6º Este Ato Normativo entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Emersom Sanches de Fátimo

Presidente do Conselho Administrativo

Representante Titular indicado pela Diretoria-Geral (DG)

Edivan Ismael dos Santos

Vice-Presidente do Conselho Administrativo

Representante Titular indicada pela Associação dos Servidores do TRE-DF (ASTREDF)

Rafael Romero Cardoso Machado

Representante Titular indicado pela Secretaria de Administração, Orçamento e Finanças (SAO)

Christiane Oliveira de Almeida Moreira

Representante Titular indicada pela Secretaria de Gestão de Pessoas (SGP)

Simone das Dores Mattosinhos

Representante Titular indicado pela Coordenadoria de Assistência Médica e Social (CAMS)

Ricardo Luiz Pereira Noronha

Representante Titular indicado pelo Sindicato dos Servidores do Judiciário do DF (SINDJUS/DF)

Adriana Aparecida Coelho Pereira

Representante dos Beneficiários Ativos do Programa

Paulo de Tarso Costa de Sousa

Representante dos Beneficiários Ativos do Programa

Marília Guedes de Albuquerque

Representante dos Beneficiários Inativos do Programa

Maria Carolina de Carvalho Valentini

Representante dos Beneficiários Inativos do Programa

Documento assinado eletronicamente por **EMERSOM SANCHES DE FÁTIMO**, **Presidente do Conselho**, em 02/08/2021, às 17:11, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **CHRISTIANE OLIVEIRA DE ALMEIDA MOREIRA**, **Membro Titular**, em 02/08/2021, às 17:23, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **ADRIANA APARECIDA COELHO PEREIRA**, **Membro Titular**, em 02/08/2021, às 17:24, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **EDIVAN ISMAEL DOS SANTOS**, **Vice-Presidente do Conselho**, em 02/08/2021, às 17:30, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **SIMONE DAS DORES MATTOSINHOS**, **Membro Titular**, em 02/08/2021, às 17:33, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **PAULO DE TARSO COSTA DE SOUSA**, **Membro Titular**, em 02/08/2021, às 19:41, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **RAMATIZ SOARES PEREIRA**, **Membro Suplente**, em 02/08/2021, às 22:40, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **MARIA CAROLINA DE CARVALHO VALENTINI**, **Membro Titular**, em 03/08/2021, às 09:00, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **RICARDO LUIZ PEREIRA NORONHA**, **Membro Titular**, em 03/08/2021, às 09:39, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Marília Guedes de Albuquerque**, **Membro Titular**, em 03/08/2021, às 11:50, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **RAFAEL ROMERO CARDOSO MACHADO**, **Membro Titular**, em 03/08/2021, às 12:17, conforme art. 1º, § 2º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.tre-df.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **0949073** e o código CRC **11DD4DEC**.

Anexo I

TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO DISTRITO FEDERAL – TRE-DF
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E BENEFÍCIOS SOCIAIS – TRE-SAÚDE

AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO SERIADO

1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME DO TITULAR		MATRÍCULA
PACIENTE	SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	IDADE

2 – DADOS DO TRATAMENTO

PROCEDIMENTO:	**CÓDIGO:**
DIAGNÓSTICO:	**CID:**
PREVISÃO DE DURAÇÃO DO TRATAMENTO:	
PERÍODO DO TRATAMENTO – DE: ___/___/_____ A ___/___/_____	
SESSÕES POR SEMANA:	
CREDENCIADO: ☐ **NÃO CREDENCIADO** ☐	
CLÍNICA / PROFISSIONAL (Por extenso)'	

3 - OBSERVAÇÕES

_____
_____
_____
_____

Brasília-DF, em _____/_____/_____

_____
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Reservado à CAMS

Autorizadas (____) sessões semanais de _____

Período: _____/_____/_____ a _____/_____/_____

Brasília – DF, de de 20 .

_____
Assinatura e carimbo do profissional CAMS

Anexo II

TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO DISTRITO FEDERAL – **TRE-DF**
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E BENEFÍCIOS SOCIAIS – **TRE-SAÚDE**

GUIA DE ATENDIMENTO (TRATAMENTO SERIADO)

1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME DO TITULAR		MATRÍCULA
PACIENTE	**TELEFONE**	**VALIDADE DA CARTEIRA**

2 – PROCEDIMENTO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO

3 – CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Nº SESSÃO	DATA	ASSINATURA DO PACIENTE	ASSINATURA DO PROFISSIONAL
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

4 – IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL/CREDENCIADO

Assinatura e carimbo do profissional responsável	**CARIMBO DO CREDENCIADO**

5 – DECLARAÇÃO

DECLARO QUE FORAM PRESTADOS OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA GUIA E AUTORIZO O TRE-DF A PAGAR AS DESPESAS ACIMAS INDICADAS, DESCONTANDO DE MINHA REMUNERAÇÃO A(S) PARCELA(S) DE PARTICIPAÇÃO A QUE ESTIVER SUJEITO. AUTORIZO, AINDA, O DESCONTO INTEGRAL DAS DESPESAS SE FOREM CONSTATADAS IRREGULARIDADES NA UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA.

DATA DO ATENDIMENTO	ASSINATURA DO PACIENTE
----------/----------/----------	----------

VALORES TOTAIS EM R$

QUANTIDADE DE SESSÕES	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL

TRE-SAÚDE / DF	**PODER JUDICIÁRIO** **TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO DISTRITO FEDERAL** **SEDAS/TRE-SAÚDE**

REQUERIMENTO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E/OU ODONTOLÓGICAS

1. Dados Funcionais do Servidor	
Nome do Servidor	**Matrícula**
Cargo/Função	**Telefone Residencial**
Lotação	**Ramal**
Nome do(s) Dependente(s)	**Situação de Dependência**

2. Documentação Anexada : Recibo e / ou Nota Fiscal	
Quantidade de Comprovantes: _____ _____ _____ _____	Valor total dos Comprovantes (R$) _____

O BENEFICIÁRIO ACIMA IDENTIFICADO VEM REQUERER O REEMBOLSO DA(S) DESPESAS(S) EFETUADA(S) CONFORME COMPROVANTE(S) EM ANEXO.

4. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSTRUÇÃO DO PEDIDO

- **Consultas realizadas em clínicas e/ou hospitais**
  - Apresentar Nota fiscal com a indicação detalhada; Nº do registro do profissional no respectivo Conselho de Classe; Nome de o beneficiário titular ou dependente tomador do serviço.
- **Consultas realizadas em consultórios particulares (pessoa física)**
  - Recibo com a indicação detalhada; CPF e registro no respectivo Conselho de Classe; Especialidade do Profissional; Nome de o beneficiário titular ou dependente tomador do serviço.
- **Exames complementares**
  - Nota Fiscal discriminando o exame realizado com a indicação e preço unitário; Apresentar a solicitação médica por meio de receituário próprio; Nome de o beneficiário titular ou dependente tomador do serviço.
- **Psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia apresentar:**
  - Relatório do profissional de saúde e especificação do tratamento indicado com o quantitativo de sessões; Nota fiscal ou recibo com o número de sessões realizadas.
- **Tratamento seriado apresentar**:
  - Pedido médico constando à autorização prévia do tratamento pelo Serviço Médico – CAMS; Comprovante de presença discriminando as datas das sessões realizadas, assinado pelo beneficiário, carimbado e assinado pelo profissional.
- **Despesas referentes à internação hospitalar:**
  - O beneficiário deverá apresentar, além do parecer prévio de médico do Tribunal, a documentação hospitalar e a nota fiscal pormenorizada dos serviços prestados.
- **Despesas referentes à odontologia:**
  - O beneficiário deverá ser submetido e autorizado pelas perícias inicial e final.

OBS.

O pedido de reembolso será instruído com toda a documentação relativa às despesas e deverá ser apresentado à Administração do TRE-Saúde no prazo máximo e improrrogável de 60 (sessenta) dias, a contar da data da emissão do comprovante de pagamento ou da data da perícia odontológica final.

Serão indeferidos todos os pedidos de reembolso apresentados fora do prazo regulamentado.

O Programa TRE-Saúde não autoriza o reembolso de despesas realizadas pelo beneficiário fora do território nacional com a assistência indireta, de livre escolha.