

DOCUMENTACION A PRESENTAR POR TRANSPORTE

- Formulario de Datos del Prestador.

- Formulario de **Consentimiento Informado**.

- Formulario de **Presupuesto** de transporte.

- Copia de Póliza de seguro.

- Constancia de Inscripción en AFIP e Ingresos Brutos.

- Habilitación Municipal.

- Impresión del recorrido de Google Maps**.

- Constancia de CBU.

- En caso de excederse en 1500km totales mensuales se deberá presentar:
Certificación policial del domicilio del beneficiario.

- Constancia de CUIT

- Licencia de conducir

- Verificación técnica vehicular

- Planilla de asistencia mensual con la firma en cada uno de los traslados del representante legal de la familia.
La misma revestirá el carácter de **DECLARACIÓN JURADA**.

-
- *No puede contener enmiendas ni tachaduras, toda la documentación deberá estar completa con el mismo color de tinta.*
 - *Toda la documentación deberá estar dirigida a nombre de la Obra Social.*

ATENCIÓN: *Se gestionará la autorización con fecha de inicio del tratamiento en mes en curso en que se presente la documentación de manera completa y aprobada por Auditoría. No se autorizarán retroactividades. SIN EXCEPCIÓN.*

- *Se deberá contar con toda la documentación requerida para poder acceder a la cobertura de los tratamientos solicitado*

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de afiliado:

D.N.I.:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Obra Social:

Consentimos que se lleven a cabo los siguientes recorridos:

1- Dirección de origen :

Dirección de destino :

Prestación a la que asiste:

2- Dirección de origen :

Dirección de destino :

Prestación a la que asiste:

3- Dirección de origen :

Dirección de destino :

Prestación a la que asiste:

brindada por a mi hijo

desde el/...../.....entendiendo y acordando en todos sus términos las características de dicha práctica.

Por la presente certifico que he explicado las características del transporte que brindamos a

Firma de Padre/Madre o Tutor

Aclaración

Tipo y N° de Documento

Firma y sello o DNI del Titular del Transporte

FORMULARIO DE PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha: / /

Prestador (Nombre/Razón Social):

Prestación: CUIT:

Domicilio del prestador: Teléfono Fijo:

Localidad: Provincia: Código Postal:

Teléfono Celular: Correo Electrónico:

CBU:

PARA

Nombre y Apellido:

N° de Beneficiario/a: Tipo y N° de Documento:

Edad: Sexo:

VIAJES

Lugar de Salida: Dirección:

Lugar de Llegada: Dirección:

FRECUENCIA (marcar con X lo que corresponda)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Periodo: a Año:

Total de Kilómetros diarios: Total de kilómetros mensuales:

Dependencia: SI NO

En caso de solicitar dependencia especificar apoyos que se brindarán:

Precio del km:.....(Sujeto a resolución) Total del presupuesto:

Presentar un Presupuesto y Recorrido en Google Maps por cada viaje que indique el médico.

 Firma y sello o DNI del Titular del Transporte