

FORMULARIO 5 - PRESUPUESTO TRANSPORTE

© 2027

Fecha de emisión: ____/____/____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre y Apellido o Razón social: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

N° de Credencial: _____ Domicilio: _____

PRESTACIÓN

Período: desde _____ hasta _____

TRAYECTO 1

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desde							
Hasta							

Origen: _____ Destino: _____

Cantidad de Km por viaje: _____ Trayecto corto: _____ Cantidad de km mensuales: _____

Tomo conocimiento que las prestaciones por discapacidad nombradas son bajo la modalidad de reintegro, y que los valores a reintegrar se ajustan a los aranceles del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, determinados por el directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad y actualizados conforme a lo dispuesto por el decreto del Poder Ejecutivo Nacional 274/24, o el que en el futuro lo reemplace. Las prestaciones no nombradas son bajo la modalidad de reintegros con valores establecidos por acta cados. Sin perjuicio de lo establecido en el presente instructivo, la Dirección de Obra Social podrá introducir durante el período 2027 las adecuaciones que correspondan en función de las modificaciones legales y reglamentarias en materia de discapacidad que entren en vigencia y le resulten aplicables, incluidas aquellas relativas a la cobertura prestacional y a los alcances y aranceles de los nombrados.

Firma del transportista:

Sello del transportista:

Fecha: ____/____/____



Dirección de
Obra Social



Servicio
Penitenciario
Federal