

I. DADOS DO SOLICITANTE

| | | |
|-------|---------------|-------------|
| Nome: | | Parentesco: |
| CPF: | Telefone: () | E-mail: |

III. DADOS DO CONTATO

| | | |
|---|-----------------|------------------|
| Houve contato prévio: NÃO () SIM () | Nº do PROTOCOLO | DATA ___/___/___ |
| Autorização da Unimed Norte de Minas NÃO () SIM () | Registro via: | DATA ___/___/___ |

II. DADOS DO BENEFICIÁRIO

| | | |
|---------------|---------|----------------|
| Nome: | | Cidade-Estado: |
| Carteira: | CPF: | |
| 0 0 1 9 • | | |
| Telefone: () | E-mail: | |

III. DADOS DO CONTRATO

| | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Empresa: | Regulamentado: Sim () Não () | Data de Inclusão: ___/___/___ | Data de Nascimento ___/___/___ |
| Ambulatorial () Amb-Hosp-Enf. () Amb-Hosp-Apart. () | Carências: Sim () Não () | Pré-existência: Sim () Não () | Abrangência: |
| Quais: | | Data: | |

IV. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

| | | | | |
|--|-------------------|-----------------------------|-----------------|---------------------|
| Urgência/Emerg. () | Falta de Rede () | Reclamação () | Agendamento () | Opção do benef. () |
| ESPECIALIDADE de Atendimento: | | UF e CIDADE de Atendimento: | | |
| Nome do Profissional: | | CRM: | CPF: | |
| ***Obrigatório o Nome do profissional, número do registro (CRM, CRP...) e CPF (não aceito CNPJ)*** | | | | |
| Informações do ocorrido: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

V. REEMBOLSO

| Tipo | Descrição do Procedimento | Nota ou Recibo Nº e Data | Quant. | Data do atendimento | Valor (indiv.) |
|--|---------------------------|--------------------------|--------|---------------------|------------------|
| () | | | | | R\$ |
| () | | | | | R\$ |
| () | | | | | R\$ |
| () | | | | | R\$ |
| Tipo: (A) Consulta, (B) Exames, (C) Terapias/sessões, (D) Internação, (E) Honorários, (F) Outros | | | | | TOTAL R\$ |

VI. DADOS BANCÁRIOS

| | | |
|------------------|------------------|--|
| Nome do Titular: | | Beneficiário () ou Clínica/Médico () |
| CPF: | Nome do Banco: | Corrente () ou Poupança () |
| Agencia: | Número da Conta: | Operação: |

| | |
|--------------------|--------------------|
| Solicitante: | Recebido por: |
| Data e Assinatura: | Data e Assinatura: |

Preencha, assine o formulário e entregue-o, juntamente com os documentos listados abaixo na Ouvidoria da Unimed Norte de Minas, localizada na rua Irmã Beata, 368, Centro; ou envie por e-mail para ouvidoria@unimednm.coop.br

****RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

NECESSÁRIO APRESENTAÇÃO DE NOTA FISCAL OU RECIBO DO ATENDIMENTO MAIS INFORMAÇÕES CONFORME CLASSIFICAÇÃO:

- Para pagamento, será obrigatório o Nome do profissional, Número do registro (CRM, CRP...) e CPF (não aceito CNPJ)

A) CONSULTA

Urgência/Emergência: Relatório médico, atestando a urgência ou emergência declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;

Eletivo: Consulta médica, deverá apresentar a Nota Fiscal declarando nome do paciente, data do atendimento, descrição do serviço, carimbo, assinatura, **CRM e CPF do médico**;

B) EXAMES

Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, radiológicos, terapias e serviços auxiliarem, acompanhados do pedido do médico assistente;

C) TERAPIAS/SESSÕES (Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional)

Deverá apresentar a Nota Fiscal declarando nome do paciente, data do atendimento, descrição do serviço, carimbo com quantidade de sessões realizadas e pedido médico com assinatura, **CRM**;

D) INTERNAÇÃO

Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com Notas Fiscais, relação de despesas faturadas e data de alta Hospitalar;

E) HONORÁRIO

Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros discriminando funções e o evento a que se referem.

F) OUTROS

Comprovantes relativos aos serviços, acompanhados do pedido do médico assistente ou justificativa médica.

ESCLARECIMENTOS

A Unimed Norte de Minas vem por meio deste prestar aos beneficiários alguns esclarecimentos importantes acerca do processo de reembolso de despesas diversas requeridas junto a Operadora:

Sempre verifique a rede de atendimento no GUIA MÉDICO via site <https://www.unimed.coop.br/nortedeminas> ou via 0800 605 90 90 pois a contratada (Unimed Norte de Minas) assegurará o reembolso no limite das obrigações conforme Lei 9.656/98 e RN 259 que regulamenta os Planos de Saúde Suplementar, nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pela contratada e em atendimentos eletivos o reembolso é passível de negativa por falta de contato prévio.

Em caso de atendimentos Eletivos, de falta de rede ou dificuldade, é necessário o contato prévio com a Unimed nos canais (com risco de negativa por falta de autorização e contato prévio):

- 0800 605 90 90 (que poderá verificar solicitações ou dúvidas e caso necessário registrará o pedido a nossa ouvidoria e SAC, que prestará retorno);

- Via site <https://www.unimed.coop.br/nortedeminas> (para abertura de chamado);

- Ou no e-mail sac@unimednm.coop.br.

Para avaliação de reembolso com ou sem autorização prévia, temos o prazo de até 30 dias para análise e pagamento (com possibilidade de negativa por falta de contato prévio). Preencha, assine o formulário e entregue-o, juntamente com os documentos listados abaixo na Ouvidoria da Unimed Norte de Minas, localizada na rua Irmã Beata, 368, Centro; ou envie por e-mail para ouvidoria@unimednm.coop.br.

Att.:

Serviço de Atendimento ao Consumidor Unimed Norte de Minas