

**Solicitação de Reembolso**

**1 . DADOS DO REQUERENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | | | | | **CPF** | | | | | |
| **E-MAIL** | | | | | | | | | | |
| **TELEFONE CELULAR COM DDD** | | | **TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD** | | | | | **TELEFONE COMERCIAL COM DDD** | | |
| **ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA** | | | | | | | | | | **NÚMERO** |
| **COMPLEMENTO** | **BAIRRO** | | | **CEP** | | **CIDADE** | | | | **UF** |
| **BANCO (não pode ser conta salário)** | | **COD. OPERAÇÃO (exclusivo - Caixa Econômica)** | | | | | **AGÊNCIA (com dígito)** | | **CONTA (com dígito)** | |
| **CPF DO TITULAR DA CONTA** | | | | **NOME DO TITULAR DA CONTA** | | | | | | |

**2 . DADOS DO ATENDIMENTO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO QUE REALIZOU O ATENIDMENTO** | | | | |
| **CÓDIGO DO CARTÃO DO PLANO** | | | | **CPF** |
| **PROCEDIMENTO** | | | | **VALOR** |
| **PROCEDIMENTO** | | | | **VALOR** |
| **PROCEDIMENTO** | | | | **VALOR** |
| **PROCEDIMENTO** | | | | **VALOR** |
| **PROCEDIMENTO** | | | | **VALOR** |
| **NOME DO PRESTADOR DE ATENDIMENTO** | | **CNPJ/CPF DO PRESTADOR DE ATENDIMENTO** | | |
| **DATA DO ATENDIMENTO** | | **MUNICÍPIO DO ATENDIMENTO** | | |
| **NOTA: É obrigatório o envio da Nota Fiscal ou recibo original com carimbo e assinatura do prestador de serviços. O prazo para o reembolso é de 30 dias corridos contados a partir do recebimento de toda a documentação na Unimed. Quando trata-se de cirurgias e internações deve constar detalhamento dos mesmos, nas Notas e Recibos, deve constar a descrição do procedimento ou encaminhar detalhamento dos mesmos.** | | | | |
| **(\*) ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**  ( ) Sim  ( ) Não | **TIPO DE ATENDIMENTO**  ( ) Consulta ( ) Exame  ( ) Internação ( ) Terapias/sessões | | **TIPO DE CONSULTA**  ( ) 1ª consulta ( ) Retorno  ( ) Pré-natal ( ) Por encaminhamento | |
| *(\*) Para atendimento de urgência e emergência encaminhar justificativa médica atestando se tratar de complicação no processo gestacional; ou acidente pessoal; ou atendimento com risco de morte ou lesão irreparável.* | | | | |
| **Você solicitou ou fez contato com a Unimed antes de realizar o atendimento?** ( ) Sim ( ) Não  Se sim, qual foi o canal de atendimento: ( ) telefone ( ) presencial ( ) outro, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Informe o nº de protocolo deste atendimento (se houver): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

**3 . JUSTIFIQUE O PEDIDO DE REEMBOLSO E MOTIVO DO PAGAMENTO PARTICULAR:**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASSINATURA DO REQUERENTE** | |  | **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.** | |  | **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.** |
| **CAMPO EXCLUSIVO DE PREENCHIMENTO DA EMPRESA** | | | | |
| **NOME DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA** | | **Assinatura e data** | | |
| **CAMPO EXCLUSIVO DE PREENCHIMENTO DA OPERADORA** | | | | |
| **NOME DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO** | | **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA OPERADORA** | | |