

**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** |
| **OS DADOS BANCÁRIOS DEVEM SER EM NOME DA EMPRESA A QUAL O PLANO ESTA VINCULADO OU PARA PLANOS PESSOA FÍSICA DEVE SER OS DADOS DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO.** |
| **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. 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. Nos casos de terapias, deve ser encaminhado pedido médico ou número da Guia de Autorização e se não constar na Nota Fiscal ou Recibo, os dias das sessões, deve ser encaminhado uma declaração do prestador com as datas a qual refere-se a solicitação.** |
| **(\*) 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 ( ) NãoSe 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 OPERADORA** |
| **NOME DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO**  | **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DA OPERADORA** |