

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

1- DADOS DO CLIENTE/BENEFICIÁRIO:

Nome do beneficiário: _____ Nº do cartão 0168/ _____
Telefones: (____) _____ (____) _____ Email: _____
Rua _____ Nº _____ BAIRRO: _____ Cidade: _____
CEP _____ PROTOCOLO DE ATENDIMENTO _____

2- INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO:

Nome do profissional que cobrou pelo atendimento: _____
Data do atendimento: ____/____/____ Especialidade: _____
Nome Hospital/Clínica: _____ Nome do procedimento realizado: _____

3- MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO E PAGAMENTO EM CARÁTER PARTICULAR:

- Atendimento de urgência/emergência;
- Ausência e/ou indisponibilidade de rede credenciada no Sistema Unimed para atendimento eletivo;
- Agendamento realizado pela Central de Agendamentos da Unimed;
- Vínculo com profissional que presta o atendimento particular;
- Outros (especificar) _____

4- JUSTIFIQUE O MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA UNIMED:

5- FORMAS DE RECEBIMENTO (Somente do beneficiário "Paciente" ou Titular do plano):

CHAVE PIX (SE HOUVER) _____ **(ATENÇÃO): ENVIAR EM ANEXO CÓPIA OU FOTO DO CARTÃO BANCÁRIO ONDE CONSTA OS DADOS DA CONTA PARA CONFERÊNCIA NO ATO DO DEPÓSITO.**

OU

RECEBIMENTO NA UNIMED (PRESENCIAL) - **(Somente beneficiário "Paciente" ou Titular do plano)**

Observações:

- Horário de atendimento para encaminhar o reembolso presencialmente: **(Segunda à sexta-feira) das 07:30 às 12:00 e das 13:30 às 17:00hrs;**
- O reembolso será analisado de acordo com a Rede Credenciada mais próxima (Com possibilidade de indeferimento ou reembolso no valor da tabela Unimed "Não Integral")
- Poderão ser solicitados documentos complementares (Se necessário);
- Prazo para análise dos reembolsos é de 30 dias corridos (A partir da data do envio da documentação completa);
- Não há reembolso para nenhum exame e/ou atendimento em segmentação odontológica, visto que não comercializamos planos Odontológicos;
- Se preferir retirar o reembolso presencialmente na Unimed, somente o beneficiário (maior de 18 anos), contratante ou o titular do plano (Deverá apresentar o protocolo de atendimento e documento com foto) poderão retirar o estorno junto ao financeiro;
- Se preferir o depósito, somente será realizado o estorno na conta em nome do beneficiário, contratante ou titular do plano.

Francisco Beltrão, _____ de _____ 2021 - Assinatura: _____