

I – DADOS DO SOLICITANTE (BENEFICIÁRIO TITULAR)

NOME COMPLETO DO TITULAR		RG	CPF
Nº CARTÃO UNIMED		DATA DE NASCIMENTO	Nº CONTRATO
TIPO DE PLANO	EMPRESARIAL	INDIVIDUAL/FAMILIAR	ENFERMARIA
			APARTAMENTO

II – DADOS DO BENEFICIÁRIO (GERADOR DA DESPESA)

NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO		RG
Nº CARTÃO UNIMED	DATA DE NASCIMENTO	CPF
ENDEREÇO DO SOLICITANTE (RUA, Nº, BAIRRO, CIDADE, CEP)		
E-MAIL	TELEFONE	NOME DA EMPRESA

III – MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	FALTA DE REDE CREDENCIADA	OPÇÃO DO BENEFICIÁRIO	OUTROS

IV – JUSTIFICATIVA (OBRIGATÓRIO)

V – DOS PROCEDIMENTOS

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	QTDE	DATA	VALOR TOTAL
CONSULTA MÉDICA			
EXAMES COMPLEMENTARES			
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS			
INTERNAÇÃO			
HONORÁRIOS			
PRONTO SOCORRO			
OUTROS			
VALOR TOTAL SOLICITADO:			

VI – DADOS BANCÁRIOS PARA O REEMBOLSO

NOME DO TITULAR DA CONTA		CPF	TIPO DE CONTA	
			CORRENTE	POUPANÇA
NOME DO BANCO	Nº DO BANCO	CÓDIGO AGÊNCIA	NÚMERO CONTA CORRENTE	

VII – ASSINATURA

DATA E ASSINATURA DO SOLICITANTE	RECEBIDO POR:
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
ASSINATURA: _____	ASSINATURA: _____



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

VIII– RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

CONSULTA MÉDICA

1. Nota Fiscal e/ou Recibo original; (Carimbo, assinatura e CPF do médico que prestou o atendimento; especialidade consultada; nome do paciente atendido.)

CONSULTA (PSICÓLOGO / FONOAUDIÓLOGO / NUTRICIONISTA / TERAPÊUTA OCUPACIONAL)

1. Nota Fiscal e/ou Recibo original; (Carimbo, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento; nome do paciente atendido.)
 2. Encaminhamento médico com a indicação clínica para o atendimento com o referido profissional;

EXAMES SIMPLES (EXAMES LABORATORIAIS, RX, ECOGRAFIAS)

1. Nota Fiscal original; (Discriminação dos procedimentos realizados, com o indicativo das quantidades e valores individuais; nome do paciente atendido.)
 2. Solicitação médica com indicação clínica para o procedimento;

EXAMES ESPECIALIZADOS (TOMOGRAFIAS, RESSONÂNCIAS, CINTILOGRAFIAS, UROGRAFIA EDENSITOMETRIA ÓSSEA)

1. Nota Fiscal original; (Discriminação dos procedimentos realizados, com o indicativo das quantidades e valores individuais; nome do paciente atendido)
 2. Relatório médico com justificativa clínica para a realização do procedimento;

TRATAMENTOS SERIADOS (FISIOTERAPIA, PSICOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, ETC)

1. Nota Fiscal e/ou recibo original; (Carimbo, assinatura e CPF do profissional que prestou o atendimento, data de realização das sessões; nome do paciente atendido.)
 2. Relatório médico com indicação clínica, número de sessões a ser realizadas;

ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

1. Nota Fiscal original; (Discriminação dos procedimentos realizados; nome do paciente atendido.)
 2. Relatório médico da ocorrência;
 3. Conta Analítica – Discriminação de quantidade e valores de taxas, materiais e medicamentos;

INTERNAÇÕES: CLÍNICAS, CIRÚRGICAS E UTI

1. Nota Fiscal original; (Informando o nome do paciente atendido)
 2. Relatório médico detalhado da ocorrência;
 3. Nome e código do procedimento realizado;
 4. Cópia do Boletim Anestésico;
 5. Cópia do Descritivo Cirúrgico;
 6. Solicitação médica dos exames realizados com a indicação clínica;
 7. Conta Analítica – Discriminação de quantidade e valores de taxas, materiais e medicamentos;

HONORÁRIOS MÉDICOS (CIRURGIÃO / AUXILIAR / ANESTESISTA, VISITA MÉDICA)

1. Nota Fiscal e/ou Recibo original; (Carimbo, assinatura e CPF do médico que prestou o atendimento)
 2. Relatório médico;
 3. Códigos dos procedimentos realizados;
 4. Cópia do Boletim anestésico;
 5. Cópia do Descritivo Cirúrgico;

O Processo de solicitação de reembolso só será recebido acompanhado da documentação completa (itens descritos acima), caso contrário será devolvido para regularização.

O processo de solicitação de reembolso será avaliado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data do recebimento pelo Setor de Reembolso da Unimed.

Usuário deverá preencher corretamente os dados deste formulário de reembolso e justificar o motivo pelo qual o procedimento foi realizado por meio de reembolso.

Caso o processo de reembolso seja deferido o depósito será efetuado na conta bancária do beneficiário titular do plano.

Para maiores esclarecimentos, contatar o Setor de Atendimento pelo telefone: 66-3402-2440 das 08:00h às 18:00h e/ou através do e-mail: atendimento@unimedaraguaia.com.br.

ATENDIMENTO PRESENCIAL

MANHÃ: 08:00 ÀS 12:00 TARDE: 14:00 ÀS 18:00

Sede Administrativa – Rua Xavantes, 459 – Setor Sul II, Barra do Garças-MT-66-3402-2400

www.unimedaraguaia.coop.br

DATA E ASSINATURA DO SOLICITANTE

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____