	FORMULÁRIO DE REEMBOLSO	Código:	FORM - GAB - 014
	Gestão de Atendimento ao Beneficiário	Versão:	2
		Folha Nº	Página 1 de 2

Prezado cliente,

O processo de análise dos pedidos de reembolso de valores despendidos com assistência à saúde exige, além da necessária apresentação da nota fiscal ou recibo original, o preenchimento completo do formulário abaixo.

Informamos que o processo de análise da solicitação de reembolso somente se iniciará a partir do preenchimento completo deste formulário e do envio da documentação completa. Importante salientar que **os dados de ressarcimento são enviados à Secretaria da Receita Federal**, conforme exigência legal, para a realização de cruzamento dos valores recebidos pelos prestadores pessoa física ou jurídicas com os valores pagos pelo beneficiário, assim como os valores totais ou parciais que lhe forem reembolsados, onde a SRF recebe as informações para os seus devidos registros de cruzamento dos dados e cálculos de fiscalização tributária decorrentes.

A análise do reembolso seguirá as **normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), principalmente a Resolução Normativa RN nº 566, de 29 de dezembro de 2022**, e suas atualizações.

1. Dados do requerente

Nome				CPF	
E-mail					
Número do cartão Unimed					
Telefone celular com DDD			Telefone residencial com DDD		
Endereço de correspondência				Número	
Complemento	Bairro	Cep	Cidade	UF	
Banco(não pode ser conta salário)		Agência(com dígito)	Conta (com dígito)	Cod. operação	
CPF do titular da conta			Nome do titular da conta		
<i>Os dados bancários deverão ser do titular do plano ou responsável financeiro, lembrando que não deverá ser conta salário, nem pessoa jurídica.</i>					

O beneficiário assistido é o mesmo titular que pagou o serviço de assistência à saúde: () SIM. () NÃO.
Ao indicar acima "NÃO", preencha os dados abaixo:



Nome				CPF	
Número do cartão Unimed					
E-mail					
Telefone celular com DDD			Telefone residencial com DDD		

2. Dados dos prestador de serviço responsável pelo atendimento e a quem o pagamento foi realizado:

Nome do prestador de atendimento					
CNPJ/CPF do prestador de atendimento					
E-mail			Telefone com DDD		
Procedimento		Quantidade:	R\$		
Procedimento		Quantidade:	R\$		
Procedimento		Quantidade:	R\$		
Especialidade			Data do atendimento		
Município do atendimento				Total (R\$)	

NOTA: É obrigatório o envio da Nota Fiscal ou recibo original com carimbo e assinatura do prestador de serviços. O prazo para o reembolso, **se deferido**, é de 30 dias corridos contados a partir do recebimento de toda a documentação na Unimed.

Continua no verso

 	FORMULÁRIO DE REEMBOLSO	Código:	FORM - GAB - 014
	Gestão de Atendimento ao Beneficiário	Versão:	2
		Folha Nº	Página 2 de 2

Atendimento Urgência Emergência*	Tipo de Atendimento	Tipo de Consulta
() Sim () Não	() Consulta () Exame () Internação () Terapias/sessões	() 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): _____

OBSERVAÇÃO: Notifico que estou ciente das obrigações legais que envolvem o reembolso dos valores despendidos com os atendimentos assistenciais à saúde cobertos pelo plano de saúde a serem reembolsados pela Unimed.

3. Informe o motivo do pagamento particular:

4. Documentos necessários para a solicitação de reembolso:

Procedimentos cirúrgicos Internações: <input type="checkbox"/> Nota Fiscal <input type="checkbox"/> Relatório médico especificando o procedimento <input type="checkbox"/> Espelho da conta hospitalar <input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento <input type="checkbox"/> Pedido médico	Exames Procedimentos Ambulatoriais: <input type="checkbox"/> Nota Fiscal <input type="checkbox"/> Solicitação médica para o procedimento <input type="checkbox"/> Laudo ou resultado comprovando a realização <input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento <input type="checkbox"/> Pedido médico
Consultas: <input type="checkbox"/> Nota Fiscal <input type="checkbox"/> Declaração do médico informando comparecimento <input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento	Terapias Especiais Terapias: <input type="checkbox"/> Nota Fiscal <input type="checkbox"/> Relatório das atividades executadas/Evolução <input type="checkbox"/> Lista de presença assinada pelo responsável <input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento <input type="checkbox"/> Pedido médico

Transporte/Passagens: () Laudo ou Declaração do médico informando o comparecimento
() Nota ou Cupom Fiscal () Comprovante de pagamento

Comprovante de pagamento, pode ser: Transferência bancária, pix, extrato do cartão de crédito ou débito, compensação de cheque ou compensação de saque, que sustente a origem do valor pago em espécie para o prestador que realizou o atendimento.

5. Canais disponíveis para a solicitação de reembolso:

- ✉ E-mail: regulacao@joinville.unimedsc.com.br
- 🏠 Correios ou Presencial: Setor Atendimento ao Beneficiário
- 📍 Endereço: Rua Dr. João Colin Nº 1214 - Bairro: América (Joinville/SC) CEP: 89204-000
- 🕒 Horário de atendimento: 8h às 17h

Assinatura do beneficiário legal ou responsável

Data: __/__/__