

**Dados do Beneficiário**

Nome do titular/ empresa/ responsável:

Código do cartão/ fatura:

CPF/ CNPJ:

Telefone(s):

E-mail:

Endereço:

**Sobre o atendimento particular**1 - Tipo de atendimento:  consulta  exame  procedimento ambulatorial  
 internação  outros: \_\_\_\_\_

2 - Detalhamento da situação em que ocorreu o atendimento particular:

3 - Tratou-se de atendimentos de urgência e emergência, e não foi possível a utilização em serviços próprios, contratados ou credenciados pelo plano?  Sim  Não4 - Tratou-se de ausência e/ou indisponibilidade de rede credenciada no sistema Unimed (local ou intercâmbio) para atendimentos eletivos?  Sim  Não**Dados do reembolso**

Cód. do procedimento:

Nº do recibo/ NF:

Valor:

**Orientações**

a) Os recibos e NF's devem obrigatoriamente identificar (de forma legível) o carimbo do prestador, contendo nome e registro no conselho de classe ou razão social e CNPJ; o código do procedimento efetuado pela Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira, TUSS e data do atendimento; Nos casos de exames / tratamentos, anexar cópia do Pedido Médico; Nas internações apresentar relatório médico contendo o código do procedimento pela TUSS e o tempo de evolução da patologia; além da conta hospitalar contendo discriminação dos materiais e medicamentos consumidos, nota fiscal e recibos.

b) As solicitações devem ser entregues na Rua Júlio Augusto de Araújo, 224 - Barbacena/ MG - CEP: 36201-001, aos cuidados do setor de Atendimento, com os documentos anexados; ou enviadas para o e-mail [autorizacao@unimedbarbacena.coop.br](mailto:autorizacao@unimedbarbacena.coop.br), com a digitalização de todos os documentos. A não observância implica no cancelamento do processo;

c) O reembolso será efetuado no prazo de até 30 dias, em caso de autorização conforme cobertura contratual, contados da data da apresentação ou recebimento do correio ou e-mail, tendo como limite os valores da Tabela de Referência Unimed na data do evento;

d) Em caso de negativa o beneficiário será informado no prazo de 30 dias;

e) Para mais esclarecimentos, contatar (32) 3339-3900 - ramais: 202/ 207/ 221/ 222/ 223 ou 224.

**Dados do reembolso em caso de autorização**Cheque nominal ao usuário titular/ responsável pelo usuário menor de idade Depósito em conta corrente do usuário titular/ responsável 

Nome do titular/ responsável:

CPF/CNPJ:

Valor a ser reembolsado:

Nome do Banco:

Nº do Banco:

Nº da agência:

Nº da Conta:

Conta corrente Poupança

**Documentos anexados**

Nota fiscal original       Recibo original       Relatório Médico original   
Conta hospitalar       Outros: \_\_\_\_\_

**Qual o meio que gostaria de ser contatado**

Carta       E-mail

Data da solicitação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular ou responsável

**Protocolo de Solicitação de Reembolso**

Nome do beneficiário:  
Código do beneficiário:

Nome do colaborador:	Data do recebimento: / /
Assinatura:	