



Solicitação de reembolso

Unimed 
Campina Grande

Data da solicitação

Beneficiário

Código (nº da carteira)

Data de nascimento

CPF

Endereço

Telefones

Nome do titular ou responsável

Tipo de processo

☐ Consulta

☐ Material

☐ Honorário médico

☐ Exame

☐ Medicamento

☐ Honorário não-médico

☐ Internação

☐ Remoção

☐ Urgência e emergência

**Anexar cópias legíveis e sem rasuras
dos documentos originais de acordo com a
lista de "DOCUMENTOS NECESSÁRIOS"**

Detalhamento da solicitação

Dados bancários*

Nome do titular ou responsável

CPF

Nome do banco

Nº da conta

Agência

Tipo de conta

☐

Corrente

☐

Poupança

Valor total solicitado

(*) caso o cliente não possua conta bancária
o pagamento será através de cheque nominal.

Importante

- O reembolso só será aceito na ausência de serviços, contratados ou credenciados pela operadora, mediante apresentação do Nº de protocolo do beneficiário (exceto nos casos de urgência/emergência) junto a Unimed Campina Grande, conforme disposto na RN 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- Serão descontados eventuais valores referentes a coparticipação e/ou franquia, caso previsto contratualmente;
- As solicitações consideradas de urgência são em casos de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional e emergência quando implicar risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis;
- A solicitação de reembolso será recusada nos seguintes casos:
 - Documentação incompleta ou inconsistência nos dados cadastrais e/ou bancários;
 - Procedimento sem cobertura contratual e/ou que não faça parte do ROL ou não atenda a DUT (Diretrizes de utilização) da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
 - Pedidos de procedimento com existência de rede credenciada;
 - Pedidos com mais de 12 meses do atendimento;
 - Despesas não vinculadas ao evento que originou o atendimento ao beneficiário;
- Em caso de dúvidas, entrar em contato com o nosso SAC: 0800.721.0310 (Ligação gratuita, apenas de telefones fixos) ou (83) 2101.6590 (Ligação de telefones fixos e celulares).

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas nesta solicitação e tenho ciência de que declarar informações e/ou encaminhar documentos inverídicos constitui crime tipificado no art. 171, caput, do Código Penal Brasileiro (Decreto Lei 2.848/40). Reconheço que com a efetivação do pagamento dá plena geral e irrevogável quitação e dando por satisfeito, nada mais tendo a reclamar ou exigir, a qualquer título, quanto ao presente reembolso. Também estou ciente que a Unimed Campina Grande poderá solicitar posteriormente outros exames e/ou documentos relacionados ao pedido de reembolso. Eu terei o prazo de 02 dias úteis a contar da data de solicitação da operadora para entrega do(s) documento(s).

Assinatura do responsável

ANS nº 367397