



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

FR/RECEP/001

ANS - nº 31.564-8

I – DADOS DO SOLICITANTE (BENEFICIÁRIO – TITULAR)

NOME COMPLETO DO TITULAR		RG	CPF
Nº DO CARTÃO UNIMED	DATA DE NASCIMENTO	NOME DA EMPRESA	
TIPO DE PLANO	<input type="checkbox"/> PRÉ -PAGAMENTO		
ENDEREÇO DO SOLICITANTE			
E-MAIL		TELEFONE PARA CONTATO	

II – DADOS DO BENEFICIÁRIO GERADOR DA DESPESA

NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO	Nº DO CARTÃO	DATA DE NASCIMENTO

III – MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO REEMBOLSO

<input type="checkbox"/> URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	<input type="checkbox"/> FALTA DE REDE CREDENCIADA	<input type="checkbox"/> OPÇÃO DO USUÁRIO	<input type="checkbox"/> LIVRE ESCOLHA
--	--	---	--

IV – JUSTIFICATIVA

--

V – SOLICITAÇÃO

CONSULTA MÉDICA	DATA:	VALOR TOTAL:
EXAMES	DATA:	VALOR TOTAL:
PROCEDIMENTOS AMBULATÓRIOS	DATA:	VALOR TOTAL:
INTERNAÇÃO	DATA:	VALOR TOTAL:
HONORÁRIOS	DATA:	VALOR TOTAL:
PRONTO SOCORRO	DATA:	VALOR TOTAL:
OUTROS	DATA:	VALOR TOTAL:
VALOR TOTAL SOLICITADO:		

VI – DADOS BANCÁRIOS PARA O REEMBOLSO

NOME DO TITULAR DA CONTA		CPF	TIPO DE CONTA
			<input type="checkbox"/> CORRENTE <input type="checkbox"/> POUPANÇA
NOME DO BANCO	Nº DO BANCO	CÓDIGO DA AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA

VIII – ASSINATURA

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



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

FR/RECEP/001

ANS - nº 31.564-8

DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS

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 E DENSITOMETRIA 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;

ATENDIMENTO CIRÚRGICO

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)

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 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.

O depósito será efetuado na conta bancária do beneficiário titular do plano.

Para maiores esclarecimentos, contatar o Setor de Reembolso pelo telefone: (32) – 3429-1403- das 07:00h às 17:00h e/ou através do e-mail: sac@unimedcataguases.coop.br ou pelo Fale Conosco disponível no portal da Unimed Cataguases: www.unimedcataguases.coop.br.

ATENDIMENTO PRESENCIAL

MANHÃ: 07:00 ÀS 11:00 TARDE: 13:00 ÀS 17:00