

CHECK LIST	Documentos Necessários		
<u>CONSULTA MÉDICA</u>	Nota Fiscal ou Recibo (Legível e Sem Rasuras), deve constar: - Nome completo do beneficiário; - Nome e CNPJ / CPF do Prestador - Data de atendimento; - Valor pago; - Nome do médico, especialidade assinatura e carimbo;	Atestado ou Declaração de Comparecimento, deve constar: - Nome do beneficiário e Data do Atendimento; - Assinatura e Carimbo do Médico Assistente; Em atendimento de urgência, apresentar declaração médica relatando o caso clínico e o motivo da urgência/emergência;	<u>COMPROVANTE DE ENDEREÇO:</u> Em nome do Beneficiário, ou responsável em caso de menores de idade, com no Máximo 90 dias de Emissão; Será considerado: Contas de Consumo, Fatura de Cartão ou Boletos; Em caso de Contrato de Aluguel ou Declaração de Residência, estes deverão estar registrados em Cartório.
<u>TERAPIAS:</u> Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo, T. Ocupacional	Nota Fiscal ou Recibo (Legível e Sem Rasuras), deve constar: - Nome completo do beneficiário; - Descrição do Atendimento - Valor por atendimento/sessão; - Nome e CNPJ/CPF do Prestador - Nome, assinatura e carimbo do profissional executante, com número de registro no conselho.	Demais Documentos: - Pedido Médico contendo nome do beneficiário, CID 10 e quantidade de sessões solicitadas, devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente; - Folha de frequência dos atendimentos/sessões realizadas, contendo nome do paciente, as datas, assinatura do beneficiário ou responsável, e assinatura e carimbo do prestador. - Comprovante de Endereço.	
<u>EXAMES:</u> Laboratoriais, Radiológicos, Outros.	Nota Fiscal ou Recibo (Legível e Sem Rasuras), deve constar: - Nome e CNPJ do prestador; - Data do Atendimento; - Nome completo do beneficiário; - Nome e valor pago para cada exame, contendo valor e quantidade de forma unitária (individual).	Demais Documentos: - Pedido Médico assinado e carimbado contendo nome do beneficiário, data de emissão, descrição dos exames e Indicação Clínica/Diagnóstico; - Atestado/Declaração de Comparecimento contendo: Nome do beneficiário ou responsável; Data do atendimento/realização/coleta deste; Nome e CNPJ do Prestador. - Comprovante de Endereço;	
Atendimento Ambulatorial Internações Honorários Médicos (HM) Despesas Hospitalares Medicamentos Parto Cesárea/Normal Instrumentação Cirúrgica	<u>PARA TODOS OS CASOS É OBRIGATÓRIO:</u> <i>Nota Fiscal/Recibo Legível e sem Rasuras</i> contendo: Nome e CNPJ/CPF do prestador, Assinatura e Carimbo Médico; Nome completo do beneficiário; Data da realização e descritivo do atendimento/procedimento; Quantidade e valor cobrado de forma unitária. <i>Comprovante de Endereço:</i> conforme descrito no início do formulário. <u>* Atendimento Ambulatorial:</u> Relatório Médico contendo indicação clínica/diagnóstico, quadro clínico e evolução; Atestado/Declaração de Comparecimento; Descrição detalhada do atendimento, em caso de lesões documento descrevendo quais os procedimentos realizados para cada; Caso haja cobrança de taxas ou despesas hospitalares seguir descritivo abaixo para estes itens; Para cobrança de exames que não estejam pedidos/descritos no relatório médico, se faz necessário o pedido destes devidamente assinado e carimbado; Documento contendo data e horário do início e fim do atendimento; Comprovante de Endereço. <u>* Internação Clínica:</u> Relatório Médico contendo diagnóstico, quadro clínico e evolução clínica; Prontuário legível e na íntegra, contendo data de internação e alta hospitalar; Para cobrança de exames que não estejam pedidos/descritos no prontuário se faz necessário o pedido médico destes, devidamente assinado e carimbado; Comprovante de Endereço. <u>* Internação/Procedimentos Cirúrgicos /Cesáreas:</u> especificar a atuação na cirurgia (cirurgião, 1º, 2º, 3º, 4º auxiliar, anestesista) e valores cobrados para cada profissional; Relatório Médico contendo diagnóstico, quadro clínico e evolução clínica; Prontuário legível e na íntegra, contendo data de internação e alta hospitalar. Relatório Anestésico contendo os profissionais que participaram do Ato, devidamente assinado e carimbado; Comprovante de Endereço. <u>* Honorário Médico para Visita Hospitalar de Especialista:</u> Pedido do médico assistente solicitando o especialista; Quantidade de visitas discriminadas na Nota Fiscal/Recibo; Prontuário legível e na íntegra, contendo data da internação e da alta hospitalar. Comprovante de Endereço. <u>* Despesas hospitalares / Medicamentos:</u> Descritivo das despesas hospitalares, discriminando (diárias, materiais, medicamentos e taxas), todos os itens com quantidade e valores unitários; Prontuário legível e na íntegra contendo data da internação e alta hospitalar. Caso houver cobrança de exames que não estejam pedidos/descritos no prontuário se faz necessário o pedido médico destes, carimbado e assinado; Comprovante de Endereço. <u>* Parto Normal:</u> Relatório Médico descrevendo o procedimento realizado na sala de parto/centro cirúrgico; Partograma; Prontuário legível e na íntegra, contendo data de internação e alta; Comprovante de Endereço. <u>* Instrumentação Cirúrgica:</u> Nota fiscal/Recibo contendo nome completo do beneficiário, data do procedimento; valor cobrado pela instrumentação; Nome, número de registro no conselho de classe do instrumentador e assinatura; Declaração do Médico que solicitou auxílio deste profissional, contendo a data do procedimento, nome completo do beneficiário, nome completo do instrumentador, assinatura e carimbo do médico; Comprovante de Endereço. <i>*Todos os documentos devem conter data do procedimento, nome do beneficiário que recebeu o atendimento; Assinatura e carimbo do médico; Sempre que houver cobrança de mais de um item estes deverão estar descritos com nome, quantidade e valores individuais.</i>		
<u>DESLOCAMENTO</u>	<u>PARA TODOS OS CASOS É OBRIGATÓRIO:</u> <i>Comprovante de Endereço</i> conforme citado no início do formulário; <i>Atestado/Declaração de Comparecimento</i> em nome do beneficiário, contendo a data e o motivo do atendimento, devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente; Caso possuir direito à acompanhante, declaração médica relatando que o mesmo estava presente no atendimento. <u>Cupom Fiscal / Nota Fiscal de Combustível:</u> LEGÍVEL E SEM RASURAS; Em nome do beneficiário ou responsável quando menor de idade; Data, valores (valor/litro) e tipo do combustível; Nome, CPF/CNPJ do emissor. <u>Passagens:</u> LEGÍVEL E SEM RASURAS; Nome do Passageiro; Origem e Destino; Data e Horário da Viagem, se faz necessário documento/ticket contendo o número do localizador.		

Nome do beneficiário que realizou procedimento/atendimento:		Número da Carteirainha:	
Nome do titular ou responsável:		Telefone de contato com DDD	
E-mail (item obrigatório)		Nº Protocolo:	
Endereço, Bairro, Cidade/Estado:			
Responda o questionário abaixo:			
Solicitou Garantia de atendimento?		SIM () NÃO () - Justifique:	
Atendimento ocorreu em caráter de urgência/emergência?			
NÃO ()		SIM () – <i>Obrigatório apresentar declaração médica com descrição da urgência/ emergência;</i>	
Solicitação de reembolso:			
Terapias () – Especifique:			
Consulta () – Especialidade:		Procedimentos ambulatoriais ()	
Medicação ()	Instrumentador ()	Materiais – Especifique:	
Exames ()	Interação Cirúrgica ()	Deslocamento ()	Remoção ()
Honorários médicos ()	Interação Clínica ()	Outros – Especifique:	Parto Normal () Parto Cesárea ()

Conta Corrente		Conta Poupança		Banco		
CPF (titular da Conta)				Agência		
NOME (titular da Conta)				Conta		Valor Solicitado R\$

Se a conta bancária informada for de terceiros, justifique:

Descreva brevemente motivo pelo qual realizou procedimento/atendimento em caráter particular:

- **Todos os campos do formulário são de preenchimento obrigatório;**
- No verso deste formulário consta relação de documentos para solicitação do reembolso;
- Em caso de dúvida quanto aos documentos, solicitar ao atendente abertura de protocolo de dúvida, encaminhar os documentos (legíveis), responderemos em 03 dias úteis por e-mail;
- O reembolso é cabível na ausência de serviços, contratados ou credenciados pela operadora, mediante contato prévio do beneficiário junto a Unimed, conforme disposto no RN 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar; exceto nos casos de urgência/emergência;
- Serão descontados eventuais valores referentes a coparticipação e/ou franquia, caso previsto contratualmente;

- Documentação incompleta, ilegível, rasurada;
- Procedimentos não cobertos contratualmente;
- Pedidos de procedimento com existência de rede credenciada;
- atendimentos/procedimentos realizados fora da área de abrangência contratual;
- Diferença de valor para troca de acomodação superior;
- Procedimentos fora do Rol ou que não atenda a DUT (Diretrizes de utilização) da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- Pedidos com mais de 12 meses do atendimento.

Dúvidas: Entrar em contato pelos nossos canais de atendimento (66)3511-7060.

de de 20

Responsável pela conferência dos documentos

ASSINATURA DO SOLICITANTE

CPF: