

Formulário de Solicitação de Reembolso

1 - Dados do Beneficiário atendido:

Nome do beneficiário que realizou o procedimento: _____
Código do cartão: 0081 _____ CPF: _____
Endereço completo: _____ N°: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Telefones: Whatsapp (____) _____ | (____) _____

2 - Motivo que justifique a realização do procedimento e pagamento em caráter particular:

- Atendimento de urgência e emergência, quando não for possível a utilização em serviços próprios, contratados ou credenciados pelo plano, mediante a apresentação de relatório médico comprovando a urgência/emergência.
- Ausência ou indisponibilidade de rede credenciada no Sistema Unimed para atendimento eletivo.
- Instrumentação Cirúrgica / Anestesiista / Honorário Médico. Especificar: _____
- Consulta Particular.
- Agendamento realizado pela Central de Agendamentos da Unimed.
- Outros (especificar): _____

3 - Detalhamento do ocorrido. Justifique o motivo do atendimento particular:

4 - Informações sobre o atendimento:

Nome do Procedimento realizado: _____
Nome do Local do atendimento (Hospital/Clínica): _____
Nome do Profissional: _____ N° do Órgão de classe: _____
* Órgão de classe - ex.: CRM (médico), CRN (nutricionista), CRP (psicólogo), entre outros.
Nome do Instrumentador (se houver): _____
CPF do profissional ou instrumentador: _____
Data da realização do procedimento: ____/____/____

5 - Dados Bancários: Conta Corrente Conta Poupança Cheque (não aceitamos conta salário).

Nome do titular da conta: _____
CPF/CNPJ do titular da conta: _____ Data de Nasc. do titular da conta: ____/____/____
Nome do banco: _____ Agência: _____ Conta: _____ Dígito: _____
Valor total solicitado para reembolso: R\$ _____

6 - Dados para contato e informações sobre o andamento ou conclusão do processo:

Nome: _____ Grau de parentesco com o beneficiário: _____
Telefones: (____) _____ E-mail: _____
Data da entrega da documentação: ____/____/____
Assinatura do Beneficiário ou Responsável: _____

IMPORTANTE: Os documentos devem ser entregues em nossa sede ou enviados pelos correios para o seguinte endereço: Rua João Eugênio, 677 - Costeira, Paranaguá - PR - CEP 83.203-400 - Aos cuidados do Setor de Reembolso. ** Nosso atendimento presencial funciona de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 18h00.



Documentação necessária para análise:

- Formulário de Solicitação de Reembolso devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou Responsável legal, onde constará a solicitação formalizada com a justificativa do pagamento em caráter particular e a Cópia da identidade e CPF do Beneficiário, Responsável legal (Se for menor de idade) e do Correntista;

ANESTESISTA / HONORÁRIO MÉDICO

- Recibo ou Nota Fiscal eletrônica, ambos precisam estar descritos o procedimento realizado, nome do beneficiário atendido, nome completo do profissional e CPF. No caso de Nota Fiscal, necessário informar o nome do profissional e CPF no detalhamento da Nota ou algum documento informando os dados.
- Descrição cirúrgica. **DOCUMENTO MÍNIMO OBRIGATÓRIO, NÃO SERÁ ACEITO SEM A DESCRIÇÃO CIRÚRGICA.**

INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA

- Recibo ou Nota Fiscal eletrônica, ambos precisam estar descritos o procedimento realizado, nome do beneficiário atendido, nome completo do profissional e CPF. No caso de Nota Fiscal, necessário informar o nome do profissional e CPF no detalhamento da Nota ou algum documento informando os dados.
- Descrição cirúrgica. **DOCUMENTO MÍNIMO OBRIGATÓRIO, NÃO SERÁ ACEITO SEM A DESCRIÇÃO CIRÚRGICA.**

CONSULTA MÉDICA

- Recibo ou Nota Fiscal eletrônica, ambos precisam estar descritos o procedimento realizado, nome do beneficiário atendido, nome completo do profissional e CPF (Nota Fiscal é preciso informar o nome do profissional e CPF no detalhamento da Nota ou algum documento informando os dados) e Comprovante de comparecimento, descrevendo a data e o tipo de atendimento, CPF/CNPJ do local, carimbado e assinado pelo médico assistente.

EXAMES DIVERSOS

- Cópia da solicitação/guia médica, Recibo ou Nota Fiscal eletrônica, ambos precisam estar descritos o nome dos exames realizados com os respectivos valores unitários, nome do beneficiário atendido, nome completo e CPF do profissional (Nota Fiscal é preciso informar o nome do profissional e CPF no detalhamento da Nota ou algum documento informando os dados) e Comprovante de comparecimento, descrevendo a data e o tipo de atendimento, CPF/CNPJ do local, carimbado e assinado pelo local de atendimento;
- Materiais e medicamentos discriminados com quantidades e valores unitários e Laudos de exames - se houver.

SESSÕES DE TERAPIAS: FISIOTERAPIA / FONOAUDIOLOGIA / TERAPIA OCUPACIONAL / NUTRIÇÃO / PSICOLOGIA, ETC.

- Recibo original ou cópia da nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos com data de emissão, nome do beneficiário, serviço realizado, Valor total e unitário cobrado por sessão, Cópia da solicitação/guia médica;
- Controle de Frequência informando a quantidade e data de cada sessão realizada e Relatório do Profissional Responsável pelo serviço que foi realizado.

INTERNAMENTO (CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO)

- Recibo original ou cópia da nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos, Cópia da solicitação médica, descrição cirúrgica e gráfico anestésico, Relação de materiais e medicamentos discriminados com quantidades e valores;
- Relatório médico declarando o quadro clínico do paciente justificando a necessidade do procedimento realizado em caráter particular, diagnóstico (CID) e exame/procedimento realizado ou material/medicamento utilizado, período do internamento;
- Se houver cobrança de visitas médicas, especificar o nome do médico e data de cada visita; Laudos de exames comprobatórios.

DESLOCAMENTO (TRANSPORTE) - DIREITO A ACOMPANHANTE PARA MENORES DE 18 ANOS E MAIORES DE 60 ANOS

- Passagem e taxi - Rodoviária/local do atendimento/rodoviária: Ticket/Passagem original ou cópia, NF ou Recibo Taxi contendo a razão social, CNPJ, serviço utilizado e o valor pago e Comprovante de comparecimento, descrevendo o tipo de atendimento, Data, CPF/CNPJ do local, carimbado e assinado pelo médico assistente.
- Pedágio e combustível: Ticket de Pedágio original ou cópia, Comprovante de comparecimento, descrevendo o tipo de atendimento, Data, CPF/CNPJ do local, carimbado e assinado pelo médico assistente. O combustível será calculado no valor de 0,55/KM rodado.

O prazo para solicitação é de 12 meses, contados a partir da data de realização do procedimento e o prazo para retorno do processo é de até 30 dias corridos, contados a partir da entrega da documentação completa para a Unimed. Quando necessário, a área responsável solicitará a apresentação de documentos complementares. O pagamento do reembolso em conta de terceiro, somente será efetivado mediante autorização, por escrito, do titular do plano.

