

1 - Dados do Cliente atendido:

Nome do beneficiário que realizou o procedimento: _____
Código do cartão: 0081 _____ CPF: _____
Endereço completo: _____ Nº: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Telefones: SMS () _____ | () _____ | () _____

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 o quadro de urgência/emergência.
- Ausência ou indisponibilidade de rede credenciada no Sistema Unimed para atendimento eletivo.
- Instrumentação Cirúrgica / Anestesiista / Honorário Médico.
- 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: _____

Atualizado em 12/09/2023.



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:

- Termo "Solicitação de Reembolso" devidamente preenchido e assinado pelo cliente, onde constará a solicitação formalizada com a justificativa do pagamento em caráter particular.
- Cópia da identidade e CPF do titular responsável e do favorecido;

Consulta médica / Anestesiista / Instrumentação Cirúrgica / Honorário Médico

- Recibo original ou Nota Fiscal eletrônica, ambos precisam estar descritos do tipo de serviço, com carimbo, descrição do procedimento, comprovante de comparecimento com data e local da realização, nome do cliente atendido, nome completo do profissional e CPF, mesmo sendo Nota Fiscal é preciso informar o nome do profissional e CPF no detalhamento da Nota ou algum documento informando os dados. **NÃO SERÁ ACEITO CÓPIA DO RECIBO.**
- Descrição cirúrgica (exceto para procedimentos realizados no Hospital Paranaguá e para consultas médicas). **NÃO SERÁ ACEITO SEM A DESCRIÇÃO CIRÚRGICA E O DOCUMENTO ESCRITO RESUMO DE ALTA NÃO TEM VALIDADE NESTE CASO.**

Exames Diversos

- Recibo original ou cópia da nota fiscal eletrônica devidamente preenchida; **NÃO SERÁ ACEITO CÓPIA DO RECIBO.**
- Cópia da solicitação médica;
- Nome dos exames realizados com os respectivos valores unitários;
- Materiais e medicamentos discriminados com quantidades e valores unitários - se houver;
- Laudos de exames - se houver.

Sessões de Fisioterapia / Fonoaudiologia / Terapia Ocupacional / Nutrição / Psicologia

- Recibo original ou cópia da nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos; **NÃO SERÁ ACEITO CÓPIA DO RECIBO.**
- Cópia da solicitação médica;
- Quantidade e data de cada sessão realizada;
- Valor cobrado por sessão.
- Relatório referente ao que foi realizado.

Internamento (clínico e/ou cirúrgico)

- Recibo original ou cópia da nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos; **NÃO SERÁ ACEITO CÓPIA DO RECIBO.**
- 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; (nome do paciente, diagnóstico (CID) e exame/procedimento realizado ou material/medicamento utilizado, data do atendimento)
- Se houver cobrança de visitas médicas, especificar o nome do médico e data de cada visita; Laudos de exames - se houver.

Deslocamento (transporte)

- **Passagem e taxi** - rodoviária/consultório/rodoviária: Recibo original ou cópia da NF, contendo a razão social, CNPJ, serviço utilizado e o valor pago e comprovante de comparecimento datado, carimbado e assinado pelo médico assistente.
- **Pedágio e combustível:** Recibo original ou cópia da NF do pedágio, caso não tenha pedágio será necessário o recibo da gasolina e comprovante de comparecimento datado, carimbado e assinado pelo médico assistente. O combustível será calculado no valor de 0,55 o quilômetro rodado.
- Direito a acompanhante os menores de 18 anos e maiores de 60 anos.

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. Atualizado em 01/09/2023.

