

Data da solicitação		Nº do protocolo	
Beneficiário			
Código (nº da carteira)	Data de nascimento	CPF	
Endereço			
Nº protocolo consulta a Rede <i>(exceto urgência ou emergência)</i>		Telefones	
Nome do titular ou responsável			

Tipo de processo

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Material | <input type="checkbox"/> Honorário médico |
| <input type="checkbox"/> Exame | <input type="checkbox"/> Medicamento | <input type="checkbox"/> Honorário não-médico |
| <input type="checkbox"/> Internação | <input type="checkbox"/> Remoção | <input type="checkbox"/> Urgência e emergência |

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

Detalhamento da solicitação

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Dados bancários*

Nome do titular ou responsável		CPF	
Nome do banco	Nº da conta	Agência	
Tipo de conta <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> 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 constituem 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