

**I – DADOS DO SOLICITANTE (BENEFICIÁRIO TITULAR)**

<b>NOME COMPLETO DO TITULAR</b>		<b>RG</b>	<b>CPF</b>
<b>Nº CARTÃO UNIMED</b>		<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>Nº CONTRATO</b>
<b>TIPO DE PLANO</b>	<b>EMPRESARIAL</b>	<b>INDIVIDUAL/FAMILIAR</b>	<b>ENFERMARIA</b>
			<b>APARTAMENTO</b>

**II – DADOS DO BENEFICIÁRIO (GERADOR DA DESPESA)**

<b>NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO</b>		<b>RG</b>
<b>Nº CARTÃO UNIMED</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>CPF</b>
<b>ENDEREÇO DO SOLICITANTE (RUA, Nº, BAIRRO, CIDADE, CEP)</b>		
<b>E-MAIL</b>	<b>TELEFONE</b>	<b>NOME DA EMPRESA</b>

**III – MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

<b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA</b>	<b>FALTA DE REDE CREDENCIADA</b>	<b>OPÇÃO DO BENEFICIÁRIO</b>	<b>OUTROS</b>

**IV – JUSTIFICATIVA (OBRIGATÓRIO)**


**V – DOS PROCEDIMENTOS**

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	QTDE	DATA	VALOR TOTAL
CONSULTA MÉDICA			
EXAMES COMPLEMENTARES			
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS			
INTERNAÇÃO			
HONORÁRIOS			
PRONTO SOCORRO			
OUTROS			
<b>VALOR TOTAL SOLICITADO:</b>			

**VI – DADOS BANCÁRIOS PARA O REEMBOLSO**

<b>NOME DO TITULAR DA CONTA</b>		<b>CPF</b>	<b>TIPO DE CONTA</b>	
			<b>CORRENTE</b>	<b>POUPANÇA</b>
<b>NOME DO BANCO</b>	<b>Nº DO BANCO</b>	<b>CÓDIGO AGÊNCIA</b>	<b>NÚMERO CONTA CORRENTE</b>	

**VII – ASSINATURA**

<b>DATA E ASSINATURA DO SOLICITANTE</b>	<b>RECEBIDO POR:</b>
DATA: ____/____/____	DATA: ____/____/____
ASSINATURA: _____	ASSINATURA: _____



**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

**VIII- RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

**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 EDENSITOMETRIA 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;

**INTERNAÇÕES: CLÍNICAS, CIRÚRGICAS E UTI**

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, VISITA MÉDICA)**

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 só será recebido acompanhado da documentação completa (itens descritos acima), caso contrário será devolvido para regularização.**

**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.

**Caso o processo de reembolso seja deferido o depósito será efetuado na conta bancária do beneficiário titular do plano.**

Para maiores esclarecimentos, contatar o Setor de Atendimento pelo telefone: 66-3402-2440 das 08:00h às 18:00h e/ou através do e-mail: [atendimento@unimedaraguaia.com.br](mailto:atendimento@unimedaraguaia.com.br).

**ATENDIMENTO PRESENCIAL**

**MANHÃ: 08:00 ÀS 12:00 TARDE: 14:00 ÀS 18:00**

Sede Administrativa – Rua Xavantes, 459 – Setor Sul II, Barra do Garças-MT-66-3402-2400

[www.unimedaraguaia.coop.br](http://www.unimedaraguaia.coop.br)

**DATA E ASSINATURA DO SOLICITANTE**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_