

	DOCUMENTO ORGANIZACIONAL	Código FORMA.FAT.001
	SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO	Data 20/08/24 Revisão 009 Página 1 de 2
PROTOCOLO N.:		

I – DADOS DO SOLICITANTE

NOME COMPLETO		CPF
E-MAIL:	TELEFONE:	
ENDEREÇO:	CEP:	

II – DADOS DO BENEFICIÁRIO (GERADOR DA DESPESA)

NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO		CPF
Nº CARTÃO UNIMED:	DATA DE NASCIMENTO: / /	

III – MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

() URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	() FALTA DE REDE	() OPÇÃO DO BENEFICIÁRIO	() OUTRO
-------------------------	-------------------	---------------------------	-----------

IV – JUSTIFICATIVA (OBRIGATÓRIO)

V – DOS PROCEDIMENTOS

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	QTDE	DATA	VALOR SOLICITADO	VALOR TABELA	DEDUÇÃO COPARTICIPAÇÃO CUSTO OPERACIONAL
CONSULTA MÉDICA					
EXAMES COMPLEMENTARES					
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS					
INTERNAÇÃO					
HONORÁRIOS					
PRONTO SOCORRO					
OUTROS					
VALOR TOTAL:					

VI - DADOS BANCÁRIOS DO TÍTULAR DO PLANO OU REPRESENTANTE PARA O REEMBOLSO

NOME DO TITULAR DA CONTA		CPF	TIPO DE CONTA	
			<input type="checkbox"/> CORRENTE	<input type="checkbox"/> POUPANÇA
NOME DO BANCO	PIX	AGÊNCIA	NÚMERO CONTA	

VII – ASSINATURA SOLICITANTE	VIII – RECEBIDO DATA: / /
DATA: / / . ASS.:	NOME:

IX – AUDITORIA MÉDICA:
() NÃO APLICÁVEL () AUTORIZADO () PARCIALMENTE AUTORIZADO () NÃO AUTORIZADO

X – JURÍDICO () PROCEDENTE () PARCIALMENTE PROCEDENTE () NÃO PROCEDENTE

XI – AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA

() NÃO () SIM	VALOR R\$	VISTO:
--------------------	------------------	---------------

XII – CONTABILIDADE/FINANCEIRO	DATA PREVISTA PARA REEMBOLSO: / /
---------------------------------------	---

**XIII – RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO
NÃO HÁ REEMBOLSO DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA, MEDICAMENTOS, ATENDIMENTO DOMICILIAR E REMOÇÃO**

O Processo de solicitação de reembolso só será recebido acompanhado da documentação completa (itens descritos acima), caso contrário será devolvido para regularização, e será avaliado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa.

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 ou responsável legal.

CONFORME CONSTE EM CONTRATO HAVERÁ DEDUÇÃO DO VALOR DO PERCENTUAL DE COPARTICIPAÇÃO, OU DO CUSTO OPERACIONAL.

Para maiores esclarecimentos, contatar pelo telefone: (64) 3454-7000 (WhatsApp) / (64) 3454-7001, das 07:30h às 17:30h e/ou através do e-mail: reemboso@unimedcaldas.coop.br.

ATENDIMENTO PRESENCIAL: Das 07:30 às 17:30 de segunda a sexta-feira em dias úteis.

Sede Administrativa – Rua Antônio Coelho de Godoy, n. 154, Setor Oeste, Caldas Novas (GO)

Como regra geral a garantia do reembolso decorre de atendimento de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços prestados da rede assistencial deste plano nos termos definidos pela ANS e CFM.

Para procedimentos eletivos quando não há prestador na área de abrangência contratual o beneficiário deve seguir o mecanismo de regulação da Unimed para autorização prévia ou outras providências.

NÃO HÁ REEMBOLSO DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA, DE ATENDIMENTO DOMICILIAR E DE REMOÇÃO**DOCUMENTOS EXIGIDOS:****CONSULTA MÉDICA**

1. Nota Fiscal e/ou recibo original; (carimbo, assinatura, CRM e CPF do médico que prestou o atendimento; especialidade consultada; com o nome do paciente atendido.)

CONSULTA (PSICÓLOGO / FONOAUDIÓLOGO / NUTRICIONISTA / TERAPÊUTA OCUPACIONAL)

1. Nota Fiscal e/ou recibo original; (carimbo, assinatura, número de registro no conselho e CPF do profissional que prestou o atendimento; com o 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; com o 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; com o nome do paciente atendido)

2. Relatório e pedido médico com justificativa clínica para a realização do procedimento;

TRATAMENTOS SERIADOS (FISIOTERAPIA, PSICOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, ETC)

1. Nota Fiscal e/ou recibo original; (carimbo, assinatura, número de registro profissional e CPF do profissional que prestou o atendimento, data de realização das sessões; com o nome do paciente atendido.)

2. Relatório e pedido médico com indicação clínica, número de sessões a ser realizadas;

ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

1. Nota Fiscal original; (discriminação dos procedimentos realizados; com o 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, CRM 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;

XIV - DATA E ASSINATURA DO SOLICITANTE

DATA: ____/____/____.

ASSINATURA: _____