

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

**I – DADOS DO SOLICITANTE**

<b>NOME COMPLETO</b>		<b>CPF</b>
<b>E-MAIL:</b>	<b>TELEFONE:</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	<b>CEP:</b>	

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

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

**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					
<b>VALOR TOTAL:</b>					

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

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

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

<b>IX – AUDITORIA MÉDICA:</b>
( ) NÃO APLICÁVEL    ( ) AUTORIZADO    ( ) PARCIALMENTE AUTORIZADO    ( ) NÃO AUTORIZADO

<b>X – JURÍDICO</b> ( ) PROCEDENTE    ( ) PARCIALMENTE PROCEDENTE    ( ) NÃO PROCEDENTE
---

**XI – AUTORIZAÇÃO DA DIRETORIA**

( ) NÃO    ( ) SIM	<b>VALOR R\$</b>	<b>VISTO:</b>
--------------------	------------------	---------------

<b>XII – CONTABILIDADE/FINANCEIRO</b>	<b>DATA PREVISTA PARA REEMBOLSO:</b> /    /
---------------------------------------	---

**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](mailto: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;

**INTERAÇÕES: 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: \_\_\_\_\_