Endereço

Telefone

Data da solicitação \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

E-mail

CPF

 **SOLICITAÇÃO**

 **DE REEMBOLSO**

Nome do cliente atendido

Código do cliente atendido

Celular

**DADOS BANCÁRIOS:**

Nome do titular ou responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do banco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº do banco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Conta Corrente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) Poupança:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor total solicitado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do titular ou responsável (igual ao documento de identidade

**SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

**Prezado cliente, assinale o motivo que justifique a realização do procedimento em caráter particular:**

( ) Atendimentos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização em serviços próprios ou credenciados pelo plano, mediante a apresentação de relatório médico comprovando o quadro de urgência /emergência.

( ) Ausência e/ou indisponibilidade de rede credenciada no sistema Unimed para atendimentos eletivos.

( ) Possui cobertura ( ) Possui preexistência ( ) Possui carência

Procedimentos solicitados:

( ) Outros (especificar abaixo) :

**Detalhamento do ocorrido (justificando o motivo do atendimento particular):**