|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO** | |
| Beneficiário Atendido: | |
| Código cartão: | CPF: |
| Tel. Contato 1: | Tel. Contato 2: |
| E-mail: | |
| Nº de protocolo: | Plano com Coparticipação: Sim  Não |
| Informar segmentação do plano: | |
| Colaborador Unimed: | |

|  |
| --- |
| **ORIENTAÇÃO IMPORTANTE**  É necessário o contato prévio com a Unimed Sobral através do canal de agendamento (88)3677.3000 para verificar a existência e/ou disponibilidade de prestadores de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Unimed, dentro do território nacional, principalmente após qualquer dificuldade com o Guia Médico.  Sendo constatado a **falta de contato prévio com a Unimed Sobral**, sem autorização expressa para reembolso por livre escolha de prestador, o processo de **reembolso será INDEFERIDO**. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MARCAR E ANEXAR DOCUMENTAÇÕES OBRIGATÓRIAS ENTREGUES** | | | |
| Cópia do cartão; | Cópia do RG e CPF; | Notas fiscais com descrição detalhada de despesa; | Formulário de reembolso devidamente preenchido e assinado. |
| HONORÁRIOS MÉDICOS:   * Nota fiscal e Recibo individualizado (contendo carimbo do profissional, assinatura, CPF e número do conselho profissional), de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros discriminando as funções e o evento a que se referem. | | | |
| INTERNAÇÕES OU DESPESAS AMBULATORIAIS E CIRÚRGICAS:   * Relatório médico (declaração médica informando o quadro clínico do paciente com CID, e justificativa para realização do procedimento); * Período de permanência no local; * Conta hospitalar detalhada, discriminando procedimentos, materiais, medicamentos consumidos com preço por unidade; * Nota Fiscal e Recibo, relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnóstico e serviços auxiliares, acompanhado do pedido médico; * Nota fiscal e Recibo individualizado (carimbado e assinado pelo profissional), de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros discriminando as funções e o evento a que se referem. | | | |
| EXAMES: Anexo da cópia do laudo e pedido médico com indicação clínica;   * Pedido médico com indicação clínica; * Recibo e Nota Fiscal, contendo obrigatoriamente: 1. Nome e CPF do cliente atendido; 2. Data do atendimento; 3. Descrição de cada serviço realizado, com valor unitário e total de cada item; 4. Endereço completo e telefone do local de atendimento. | | | |
| CONSULTA MÉDICA   * Anexo de um relatório detalhado pelo profissional de saúde que realizou a consulta, informando se o atendimento foi em caráter de urgência/emergência * Recibo e Nota Fiscal, contendo obrigatoriamente: 1. Nome e CPF do cliente atendido; 2. Data do atendimento; 3. Valor unitário e total, de cada serviço executado. 4. Nome completo do médico, CPF, CRM e especialidade do profissional responsável pelo atendimento; 5. Endereço completo e telefone do local de atendimento; 6. Descrição do serviço realizado e assinatura do profissional. | | | |
| ATENDIMENTO COM PROFISSIONAL NÃO MÉDICO (fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta):   * Encaminhamento/Pedido Médico com CID (preenchido pelo médico solicitante); * Nota Fiscal, Recibo e/ou comprovante de pagamento, carimbada e assinada pelo profissional executante, informando as datas das sessões realizadas; * Relatório do profissional executante, informando o tipo de atendimento realizado; * Lista de frequência assinada pelo cliente ou responsável legal carimbada e assinada pelo profissional executante; | | | |
| **CONSENTIMENTO DO TITULAR DE DADOS**  Ao manifestar minha aceitação para com o presente formulário, dou meu consentimento e concordo que a Unimed Sobral tome decisões referentes ao tratamento de meus dados pessoais necessários as operações de coleta, utilização, acesso, processamento, compartilhamento entre os setores pertinentes, armazenamento e demais processos envolvidos para a realização do reembolso. | | | |
| **SEGURANÇA DOS DADOS**  A Unimed Sobral adotará todas as medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais e poderá manter e tratar os dados pessoais do Titular/dependentes durante todo o período em que forem pertinentes ao alcance das finalidades listadas. | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS BANCÁRIOS (Caso seja menor de idade colocar dados do responsável pelo contrato)** | | |
| Nome do Titular: | | |
| CPF: | Nº do banco: | Agência: |
| Nome do banco: | Nº da conta: | Corrente Poupança |
| Chave PIX: | | |
| Valor total solicitado R$: | | |

|  |
| --- |
| **DETALHAMENTO DO OCORRIDO (justificando o motivo do atendimento particular)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

O beneficiário ou responsável acima citado ao assinar o formulário está ciente que no caso de planos com segmentação com coparticipação havendo o deferimento da análise de reembolso solicitada, será cobrada uma coparticipação conforme plano contratualizado, a ser deduzida em cima do valor repassado ao beneficiário.

Está ciente ainda que a data de início da solicitação de reembolso passará a ser contabilizada a partir da data do envio do nº protocolo pela Unimed, após envio de documentação completa. E que o setor responsável pelos Reembolsos poderá solicitar, a qualquer momento, a apresentação de novos documentos se julgar necessário.

Após análise, sendo passível de reembolso, este será realizado de acordo com os critérios estabelecidos pela RN 566 da ANS, isto é, com o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento a contar da data da solicitação de pedido de reembolso.

Estou ciente e de acordo com todas as orientações presentes neste documento.

Sobral,       de       de 202     .

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

**Ass. do Beneficiário ou Responsável**