|  |
| --- |
| **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**