

# FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

## **1- DADOS DO CLIENTE/BENEFICIÁRIO:**

Nome do beneficiário: \_\_\_\_\_ Nº do cartão 0168/ \_\_\_\_\_  
Telefones: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Rua \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_

## **2- INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO:**

Nome do profissional que cobrou pelo atendimento: \_\_\_\_\_  
Data do atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_  
Nome Hospital/Clínica: \_\_\_\_\_ Nome do procedimento realizado: \_\_\_\_\_

## **3- JUSTIFIQUE O MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO FORA DA REDE CREDENCIADA UNIMED:**

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

## **4- FORMAS DE RECEBIMENTO (Somente do beneficiário "Paciente" ou Titular do plano):**

CHAVE PIX (SE HOUVER, SOMENTE CONTA PESSOA FISICA) \_\_\_\_\_ **(ATENÇÃO):**  
**ENVIAR EM ANEXO CÓPIA OU FOTO DO CARTÃO BANCÁRIO ONDE CONSTA OS DADOS DA CONTA PARA CONFERÊNCIA NO**  
**ATO DO DEPÓSITO.**

OU

RECEBIMENTO NA UNIMED (PRESENCIAL) - **(Somente beneficiário "Paciente" ou Titular do plano)** Valor  
MÁXIMO DE R\$500,00

### **Observações:**

- Horário de atendimento para encaminhar o reembolso presencialmente: **(Segunda à sexta-feira) das 07:30 às 12:00 e das 13:30 às 17:00hrs;**
- O reembolso será analisado de acordo com a Rede Credenciada mais próxima (Com possibilidade de indeferimento ou reembolso no valor da tabela Unimed "Não Integral")
- Poderão ser solicitados documentos complementares (Se necessário);
- Prazo para análise dos reembolsos é de 30 dias corridos (A partir da data do envio da documentação completa);
- Não há reembolso para nenhum exame e/ou atendimento em segmentação odontológica, visto que não comercializamos planos Odontológicos;
- Se preferir retirar o reembolso presencialmente na Unimed, somente o beneficiário (maior de 18 anos), contratante ou o titular do plano (Deverá apresentar o protocolo de atendimento e documento com foto) poderão retirar o estorno junto ao financeiro;
- Se preferir o depósito, somente será realizado o estorno na conta em nome do beneficiário, contratante ou titular do plano.

Francisco Beltrão, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ - Assinatura: \_\_\_\_\_