

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Nome Beneficiário: _____

Nº Cartão Unimed _____

CPF: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Documento comprobatório do pagamento particular

Recibo original Recibo cópia Nota fiscal nº: _____

Assinale o motivo que justifique o pagamento em caráter particular:

- Atendimento de urgência e emergência, quando não for possível a utilização em serviços próprios, contratados ou credenciados pelo plano, mediante a apresentação de relatório comprovando o quadro de urgência/emergência.
- Ausência e/ou indisponibilidade de rede credenciada no sistema Unimed (Intercâmbio) para atendimento eletivo.
- Possui carência ou preexistência
- Outros (especificar): _____

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

Você solicitou ou fez contato com a Unimed Três Lagoas ANTES de realizar o atendimento particular?

SIM Não

Se sim, qual foi o canal de atendimento:

telefone, qual número ligou? _____

presencial outro, qual? _____

Informar protocolo do atendimento: _____

FORMA DO REEMBOLSO:

DEPÓSITO - Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____
Favorecido: _____ CPF: _____

(Assinatura Beneficiário ou responsável)

ITENS A SEREM PREENCHIDOS PELA UNIMED

Nº Protocolo: _____

Data de entrega na Unimed: _____

Atendido por: _____