|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dados do Cliente** | | | |
| Nome do cliente atendido | | | |
| Código do cliente atendido | | Celular | |
| Telefone | | Data da solicitação | |
| E-mail | | CPF | |
| Endereço | | | |
| **Solicitação de reembolso** | | | |
| **Prezado cliente, assinale o motivo que justifique a realização do procedimento 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 médico comprovando o quadro de urgência/emergência.  Ausência e/ou indisponibilidade de rede credenciada no sistema Unimed (Intercâmbio) para atendimento eletivo.  Possui cobertura.  Possui preexistência.  Possui carência.  Procedimentos solicitados:  Outros (especificar): | | | |
| **Detalhamento do ocorrido (justificando o motivo do atendimento particular):** | | | |
| **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)

**Orientações para pedido de reembolso**

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE:** para solicitar reembolso de despesas médico hospitalares, apresente os documentos originais relacionados abaixo, acompanhados do formulário "Solicitação de Reembolso" contendo todas as informações necessárias. |
| **Documentação obrigatória** |

**Cópia / Original**

Termo "Solicitação de Reembolso" devidamente preenchido e assinado pelo cliente, onde constará a solicitação formalizada com a justificativa do pagamento em caráter particular.

Relatório médico declarando o quadro clinico do paciente justificando a necessidade do procedimento realizado em caráter particular (nome do paciente, diagnóstico (CID) e exame/procedimento realizado ou material/medicamento utilizado, data do atendimento, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar).

Guia ou pedido médico (carimbado, assinado e datado).

Recibo e/ou nota fiscal "original", com carimbo, descrição do procedimento, data da realização e nome do cliente atendido.

Conta ou despesa hospitalar detalhada (discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital), quando houver.

Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outro, discriminando as funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico.

Xerox do cartão bancário ou da folha de cheque do titular do plano. Se o titular for menor, a documentação deve ser do responsável pelo plano.

Xerox da identidade e CPF do titular responsável e do favorecido; para titular menor de idade, onde o solicitante do reembolso seja o responsável, deverá ser comprovada responsabilidade com cópia da certidão de nascimento ou identidade do menor e identidade do responsável, que deverão ser anexadas ao processo ou procuração do titular do plano com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes e terceiros.

Solicitação/justificativa médica para a remoção especificando quadro clínico do paciente.

Relatório da remoção, informando a quilometragem percorrida, tipo de ambulância (ambulância básica, UTI, etc.) e local de partida e de destino.

|  |
| --- |
| **Orientações gerais:** |

* O prazo para retorno do processo é de 30 dias úteis, contados após a apresentação da documentação obrigatória completa à área responsável da Unimed;
* A área responsável poderá solicitar a qualquer momento a apresentação de novos documentos, quando necessário;
* Se o cliente não possuir conta bancária (corrente ou poupança), o reembolso será através de cheque nominal (não será processado o reembolso em conta salário ou conta de terceiro sem procuração);
* É permitida a emissão de procuração por parte do Favorecido, com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes de recebimento a terceiros.

Estou ciente de todas as informações,

Assinatura ciente