

Solicitação de Reembolso

Identificação (Preencher com letra legível, preferencialmente Caixa Alta ou letra de "FORMA")

Nome da Empresa (Contrato)					Data de Recebimento (Preenchimento UNIMED)	
Nome do Titular					Código do Cartão do Titular (obrigatório)	
Nome do beneficiário se diferente do titular					Fone:	
Endereço Residencial (Uso obrigatório do CEP)					E-mail:	
Nome do Banco	Nº Banco	Agência	Conta	Conta-corrente: <input type="checkbox"/>	CPF (Obrigatório da conta-corrente)	
				Conta poupança: <input type="checkbox"/>		

Dados do Comprovante

Nome do Paciente	Descrição do Serviço - Código do Procedimento	Quant.	Vr. de cada Proced. Solic.	Vr. de cada Procedimento Reembolsado

Visto do Responsável do Setor de Autorizações	Data prevista para o Pagamento	Vr Total dos Recibos apresentados.	Valor Total Reembolsado
---	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------

Uso exclusivo da Unimed Norte/Nordeste – Obs.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Titular _____

ORIENTAÇÕES PARA O CORRETO PREENCHIMENTO

Será assegurado reembolso:

- O serviço que dentro da abrangência geográfica do plano onde não houver profissional da rede de serviço habilitado;
- Paralisação do atendimento pela rede de serviço ou interrupção do atendimento em determinadas especialidades.
- Em caso de urgência e emergência deve ser apresentado justificativo em relatório emitido pelo Profissional que executou o procedimento.
- Os recibos devem obrigatoriamente identificar de forma legível o carimbo do médico assistente, contendo nome, CRM e CPF, CID e Código do Procedimento TUSS conforme tabela;
- O Pagamento do reembolso será efetuado de acordo com os valores da tabela de referência da operadora, no prazo de trinta dias contados da apresentação dos seguintes documentos:
 - Conta discriminativa das despesas, incluído relação com materiais, medicamentos, exames efetuados, com preços por unidade, juntamente com as faturas ou notas fiscais do hospital e de fornecedores de órteses, próteses e materiais especiais, quando for o caso.
 - Recibos de pagamentos ORIGINAL dos honorários médicos, quando for o caso.
 - Relatório Profissional responsável, justificando o tratamento e o tempo de permanência do beneficiário no hospital e,
 - Laudo anatómico patológico da lesão, quando for o caso.
 - Devem constar cópias: CPF, endereço residencial, telefone e dados bancários do favorecido (Ex: Cópia do cartão bancário ou outro documento comprobatório),

Considerações Gerais:

- Todos os documentos devem ser originais.
- O VALOR DO REEMBOLSO PODERÁ SER CREDITADO PARA PESSOA DISTINTA DO BENEFICIÁRIO TITULAR, DESDE QUE EXPRESSAMENTE AUTORIZADO PELO MESMO, E QUE O CPF INFORMADO SEJA DO TITULAR DA CONTA CORRENTE.
- Nos casos de falecimento do beneficiário Titular, se faz necessário a apresentação de documento registrado em cartório, consentindo que um dos dependentes receba o valor referente reembolso, desde que tenha anuência dos demais dependentes/pensionistas. (Cópias dos RGs dos dependentes e da Certidão de Óbito do titular);
- Quando o beneficiário Titular for menor de idade, se faz necessário o envio da cópia do RG ou Certidão de Nascimento do mesmo, para comprovação de filiação/vínculo com o titular da Conta-corrente.
- Para seu acompanhamento, recomendamos guardar uma cópia dos documentos apresentados.
- Todas as solicitações de reembolso passam por análise da auditoria. Havendo necessidade, a UNNE se reserva no direito de solicitar documentos ou informações complementares.