

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

I – DADOS DO SOLICITANTE (BENEFICIÁRIO TITULAR)

NOME COMPLETO DO TITULAR		CPF
Nº DO CARTÃO UNIMED	DATA DE NASCIMENTO	NOME DA EMPRESA
TIPO DE PLANO	() AMBULATORIAL () AMB-HOSP-ENF. () AMB-HOSP-APART.	
ENDEREÇO DO SOLICITANTE		
CEP:	Cidade:	
E-MAIL:	TELEFONE:	

II – DADOS DO BENEFICIÁRIO GERADOR DA DESPESA

NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO	Nº DO CARTÃO UNIMED	DATA DE NASCIMENTO

III – MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DO REEMBOLSO

<input type="checkbox"/> URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – Anexar relatório médico comprovando a urgência.	<input type="checkbox"/> FALTA DE REDE CREDENCIADA	<input type="checkbox"/> OPÇÃO DO BENEFICIÁRIO	<input type="checkbox"/> LIVRE ESCOLHA
--	--	--	--

IV – JUSTIFICATIVA

V – SOLICITAÇÃO

CONSULTA MÉDICA	<input type="checkbox"/>	DATA:	VALOR TOTAL:
EXAMES COMPLEMENTARES/DIAGNÓSTICOS	<input type="checkbox"/>	DATA:	
PROCEDIMENTOS SEM INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/>	DATA:	
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>	DATA:	
HONORÁRIOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	DATA:	
OUTROS	<input type="checkbox"/>	DATA:	
VALOR TOTAL SOLICITADO:			

VI – ENDEREÇO PARA ENVIO DAS DOCUMENTAÇÕES

AO SETOR DE REEMBOLSO DA UNIMED VILHENA: AV. CAPITÃO CASTRO Nº 4376 – CENTRO – VILHENA – RO, CEP: 76980-010 OBSERVAR AS ORIENTAÇÕES DISPOSTAS NO ITEM IX.

VII – DADOS BANCÁRIOS PARA REEMBOLSO

NOME DO TITULAR DA CONTA		CPF	TIPO DE CONTA
			() Corrente () Poupança
NOME DO BANCO	Nº BANCO	AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA
CHAVE PIX:			

VIII – ASSINATURA

DATA E ASSINATURA DO SOLICITANTE	RECEBIDO POR:
Data: _____/_____/_____	Data: _____/_____/_____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

IX – RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

- a) Solicitação de reembolso em formulário próprio ou de próprio punho;
- b) Relatório do médico assistente declarando o nome do paciente, descrição do tratamento e respectiva justificativa dos procedimentos realizados, data do atendimento, e, quando for o caso, período de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
- c) Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital;
- d) Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que se referem;
- e) Comprovantes relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.

OBS: O reembolso será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento da documentação completa pela UNIMED, e seu valor não poderá ser inferior ao praticado pela UNIMED junto à rede assistencial do plano do beneficiário.

Será garantido o reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos de urgência e emergência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores da rede assistencial do plano do beneficiário.

O beneficiário tem o prazo de 1 (um) ano para solicitar o referido reembolso.