



## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

### 1 - DADOS DO CLIENTE/BENEFICIÁRIO:

Nome do beneficiário atendido: \_\_\_\_\_

Código do cartão: 0975/\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### 2 - MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO E PAGAMENTO EM CARÁTER PARTICULAR:

- Ausência e/ou indisponibilidade de rede credenciada no Sistema Unimed para atendimento eletivo
- Agendamento realizado pela Central de Agendamentos da Unimed
- Outros (especificar): \_\_\_\_\_

### 3 - DETALHAMENTO DO OCORRIDO. JUSTIFIQUE O MOTIVO DO ATENDIMENTO PARTICULAR:

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

### 4 - INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO:

Procedimento realizado: \_\_\_\_\_

Local do atendimento (hospital/clínica): \_\_\_\_\_

Nome do profissional: \_\_\_\_\_

Órgão de classe\* e nº: \_\_\_\_\_ CPF do profissional: \_\_\_\_\_

Data da realização do procedimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \*\*Declaração de nascido vivo (D.N.V.): \_\_\_\_\_

**5 - Dados Bancários:**  Conta Corrente  Conta Poupança

Nome do titular da conta: \_\_\_\_\_

CPF do titular da conta: \_\_\_\_\_ Data de nascimento do titular da conta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do banco: \_\_\_\_\_ Nº do banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

Valor total solicitado para reembolso: R\$ \_\_\_\_\_

### 6 - DADOS PARA CONTATO E INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO OU CONCLUSÃO DO PROCESSO:

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco com o beneficiário: \_\_\_\_\_

Telefones: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Data da solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular ou responsável (igual ao documento de identidade)

**Obs.: O prazo para retorno do processo é de até 30 dias corridos, contados a partir da entrega da documentação completa para a Unimed.** Quando necessário, a área responsável solicitará a apresentação de documentos complementares. O pagamento do reembolso em conta de terceiro, somente será efetivado mediante autorização, por escrito, do titular do plano.

\* Órgão de classe – ex.: CRM (médico), CRN (nutricionista), CRP (psicólogo), entre outros.

\*\* D.N.V. – Necessário nas solicitações de reembolso decorrentes de parto normal e cesárea.



## SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Para solicitar reembolso de despesas médico hospitalares, apresente os documentos relacionados a seguir, acompanhados do “Formulário de Solicitação de Reembolso”:

### **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ANÁLISE:**

#### Consulta médica / Anestesiista / Instrumentação Cirúrgica

- Recibo original ou cópia da nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos.

#### Exames Diversos

- Recibo original ou cópia da nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos;
- Cópia da solicitação médica;
- Nome dos exames realizados com os respectivos valores unitários;
- Materiais e medicamentos discriminados com quantidades e valores unitários - se houver;
- Laudos de exames - se houver.

#### Sessões de Fisioterapia / Fonoaudiologia / Terapia Ocupacional / Nutrição / Psicologia

- Recibo original ou cópia da nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos;
- Cópia da solicitação médica;
- Quantidade e data de cada sessão realizada;
- Valor cobrado por sessão.

#### Internamento (clínico e/ou cirúrgico)

- Recibo original ou cópia da nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos;
- Cópia da solicitação médica, descrição cirúrgica e gráfico anestésico;
- Relação de materiais e medicamentos discriminados com quantidades e valores;
- Se houver cobrança de visitas médicas, especificar o nome do médico e data de cada visita;
- Laudos de exames - se houver.

### **SOLICITAÇÃO POR MEIO ELETRÔNICO (E-MAIL) - SOMENTE PARA OS CASOS DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA**

Cópia da nota fiscal eletrônica, contendo nome do cliente atendido, descrição do procedimento, data e local da realização, nome completo do profissional, carimbo e CPF.

Endereço eletrônico para envio da documentação: [reembolsopr@unimedpr.coop.br](mailto:reembolsopr@unimedpr.coop.br)

### **SOLICITAÇÃO POR MEIO DOS CORREIOS OU ATENDIMENTO PRESENCIAL**

Recibos originais, contendo nome do cliente atendido, descrição do procedimento, data e local da realização, nome completo do profissional, carimbo e CPF.

Endereço: Rua Antônio Camilo, 283 CEP 82.530-450 Bairro Tatumã, Curitiba – PR - Aos cuidados da Área Gestão de Clientes – Reembolso Atendimento presencial de segunda a sexta-feira das 08h00 às 18h00