

1. Estou ciente de que o reembolso é garantido apenas nos casos de urgência e emergência, quando não for possível a utilização da rede da operadora, bem como nos casos de indisponibilidade e inexistência de prestador, desde que tenha garantia de reembolso mediante contato com a operadora antes da realização do atendimento, e nos contratos não regulamentados, ou seja, contratados antes da vigência da Lei 9656/98, de acordo com disposição contratual, caso existente.

**Emergência:**

Implica risco de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

**Urgência:**

Resulta de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional e, que necessitam de atenção imediata, caracterizado em declaração do médico assistente.

2. Estou ciente, ainda, de que não terei direito ao reembolso se:

- o reembolso não for devido pela operadora;
- o procedimento não for coberto pelo plano de saúde do qual sou beneficiário;
- a solicitação de reembolso for realizada por terceiros;
- deixar de ser comprovado o prévio desembolso do valor do evento e/ou procedimento objeto do pedido de reembolso;
- for identificado o envio de mais de uma nota fiscal ou mais de um recibo relacionado ao mesmo atendimento e/ou for identificado o fracionamento do valor de consulta/procedimento;
- ocorrer a solicitação de reembolso de consulta/procedimento não ocorrido ou diverso do efetivamente realizado;
- for identificado o envio de recibo ou de nota fiscal com valores diferentes do que efetivamente foram pagos por cada consulta/procedimento;
- for identificada qualquer rasura, adulteração e/ou indício de fraude no documento apresentado e/ou no processo de pedido de reembolso em si.

3. Estou ciente de que a(s) prática(s) relacionada(s) no item acima:

(a) podem configurar conduta(s) tipificada(s) no Código Penal Brasileiro;

(b) desobriga(m) a Unimed de realizar o reembolso de qualquer valor; e

(c) autorizam a Unimed a tomar as medidas extrajudiciais e/ou judiciais competentes, para que se apure, inclusive, a responsabilização pela conduta e o ressarcimento dos valores erroneamente reembolsados.

4. Estou ciente de que a qualquer momento, a operadora poderá solicitar o comprovante de pagamento (Pix, extrato bancário, recibo emitido pela máquina de cartão).



## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

### 1 - DADOS DO CLIENTE:

Nome do cliente atendido: \_\_\_\_\_

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

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

Ausência e/ou indisponibilidade de rede credenciada no Sistema Unimed para atendimento eletivo

• Informe número do protocolo de atendimento: \_\_\_\_\_

Agendamento realizado pela Central de Agendamentos da Unimed

• Informe número do protocolo de atendimento: \_\_\_\_\_

Outros (especificar): \_\_\_\_\_

• Informe número do protocolo de atendimento: \_\_\_\_\_

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

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

### 4 – INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO:

Tipo de reembolso solicitado (consulta, instrumentador, exame, honorário médico, etc.) \_\_\_\_\_

Descrever o nome do procedimento realizado: \_\_\_\_\_

Código do procedimento realizado (CBHPM\* e/ou TUSS\*\*): \_\_\_\_\_

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

Nome completo e CRM do médico: \_\_\_\_\_

Data de realização do procedimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cidade/UF do atendimento: \_\_\_\_\_

Nome do profissional que emitiu a cobrança: \_\_\_\_\_

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

**5 – DADOS BANCÁRIOS:**  Conta Corrente  Conta Poupança

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

Nome do banco: \_\_\_\_\_ Nº do banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_  
(sem o dígito) (com o dígito)

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

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

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

Declaro que estou ciente, compreendi e concordo com os itens mencionados no termo de consentimento, anexo a este formulário, bem como que as informações prestadas no processo de reembolso são absolutamente verdadeiras, responsabilizando-me civil e criminalmente por elas.

Data da solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_

Assinatura do cliente  
(Iguar ao documento de identidade)

De acordo com a LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018, qualquer informação a respeito do processo de reembolso, somente será repassada ao próprio cliente após confirmação de dados pessoais ou a terceiros, mediante autorização do cliente.

**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.

\* CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) esta codificação deve ser informada pelo médico assistente no pedido de médico.

\*\* TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar)

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

Para solicitar reembolso de despesas médico hospitalares, apresente os documentos relacionados a seguir, acompanhados do **“Formulário de Solicitação de Reembolso”** e **“comprovante do efetivo pagamento” (Pix, extrato bancário, recibo emitido pela máquina de cartão):**

#### Consulta médica

- Recibo ou nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos, contendo:
- Nome completo, CRM e CPF do médico.

#### Anestesista / Instrumentação Cirúrgica

- Recibo ou nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos, contendo:
- Nome completo e CRM do médico cirurgião;
- Nome completo e CPF do Anestesista/Instrumentador cirúrgico.

#### Exames Diversos

- Recibo ou nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos contendo:
- Nome dos exames realizados com os respectivos valores unitários;
- Materiais e medicamentos discriminados com quantidades e valores unitários - se houver;
- Cópia da solicitação médica com justificativa/diagnóstico, contendo nome do paciente, assinatura e carimbo do médico, devidamente codificada (CBHPM\* e/ou TUSS\*\*);
- Laudos de exames (caso haja, não deixe de anexar o laudo dos exames realizados).

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

- Recibo ou nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos, contendo:
- Nome completo, nº do conselho de classe (CREFITO, CRP, CRF, etc.) e CPF do profissional executante;
- Nome dos procedimentos realizados com os respectivos valores unitários;
- Quantidade e data de cada sessão realizada (relatório de frequência, assinado pelo profissional e pelo paciente e/ou responsável pelo menor);
- Valor cobrado por sessão;
- Cópia da solicitação médica com justificativa/diagnóstico, contendo nome do paciente, assinatura e carimbo do médico, devidamente codificada (CBHPM\* e/ou TUSS\*\*);
- Relatório técnico evolutivo, contendo informações sobre o diagnóstico e/ou quadro clínico/evolutivo do paciente.

#### Atendimento ambulatorial em pronto socorro

- Recibo ou nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos, contendo:
- Nome completo, CRM e CPF do médico;
- Relação de materiais e medicamentos com suas respectivas descrições, incluindo quantidades e valores unitários – se utilizado;
- Cópia do relatório de atendimento com justificativa, contendo nome do paciente, assinatura e carimbo do médico, devidamente codificada (CBHPM\* e/ou TUSS\*\*);
- Laudo de exames (caso haja, não deixe de anexar o laudo dos exames realizados).

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

- Recibo ou nota fiscal eletrônica devidamente preenchidos, contendo:
- Nome completo, CRM e CPF do médico cirurgião ou responsável pelo internamento;
- Descrição cirúrgica (se realizado procedimento cirúrgico);
- Relação de materiais e medicamentos com suas respectivas descrições, incluindo quantidades e valores unitários;
- Se houver cobrança de visitas médicas, especificar o nome do médico e data de cada visita;
- Cópia do relatório de atendimento com justificativa, contendo nome do paciente, assinatura e carimbo do médico, devidamente codificada (CBHPM\* e/ou TUSS\*\*);
- Laudos de exames (caso haja, não deixe de anexar o laudo dos exames realizados).

#### **SOLICITAÇÃO POR MEIO ELETRÔNICO (E-MAIL), CORREIOS OU ATENDIMENTO PRESENCIAL**

A documentação completa deverá ser enviada para o endereço eletrônico: [reembolsopr@unimedpr.coop.br](mailto:reembolsopr@unimedpr.coop.br)

Endereço: Rua Antônio Camilo, 283 CEP 82.530-450 Bairro Tarumã, Curitiba – PR - Aos cuidados da Área Gestão de Clientes – Reembolso.

Atendimento presencial de segunda a sexta-feira das 08h00 às 18h00.