

***Itens a serem preenchidos pela Unimed**

Protocolo de atendimento*: _____

Florianópolis, / /

Data do contato*:

TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Nome do cliente atendido

Código do cliente atendido	Celular
Telefone	CPF
E-mail	Nº das Notas Fiscais
Endereço	

Prezado cliente, assinale abaixo o motivo que justifique a realização do procedimento em caráter particular (conforme RN 259/ANS):

- 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.
- Outros (especificar): _____

Detalhamento do ocorrido (justificar o motivo do atendimento particular):

Dados Bancários

Nome do titular ou responsável financeiro pelo plano		CPF
Nome do banco	Nº do banco	Agência
Conta	<input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança <input type="checkbox"/> Cheque	
Valor total solicitado		

*Para os casos de pagamento com cheque deverá ser retirado no Atendimento Presencial, no endereço abaixo:
Rua Antônio Dib Mussi, 351, Centro, Florianópolis - CEP 88.015-110
Segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13:30h às 18h

(*) ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- SIM
 NÃO

TIPO DE ATENDIMENTO

- Consulta Exame
 Internação Terapias/sessões

(*) Para atendimentos de urgência e emergência encaminhar justificativa médica atestando se tratar de complicação no processo gestacional; ou acidente pessoal; ou atendimento com risco de morte ou lesão irreparável (conforme art. 35-C, I e II da Lei nº 9.656/1998).

Assinatura do titular ou responsável (igual ao documento apresentado)

Você solicitou ou fez contato com a Unimed antes de realizar o atendimento? SIM Não

Se sim, qual foi o canal de atendimento: telefone presencial outro, qual? _____

Documentação Obrigatória para Solicitação de Reembolso

Cópia / Original

- Termo "Solicitação de Reembolso" devidamente preenchido e assinado pelo cliente, constando a solicitação formalizada com a justificativa do pagamento em caráter particular.
- Relatório e pedido médico declarando o quadro clínico do paciente justificando a necessidade do procedimento ou exame, medicamento, material utilizado em caráter particular (nome do paciente, diagnóstico ou CID).
- Nota Fiscal original (manual ou eletrônica) **com carimbo**, descrição do procedimento (sessões, exames, entre outros), 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 do hospital).
- Comprovante relativo aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente com indicação clínica.
- Notas individualizadas 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, com carimbo de quem emitiu a cobrança.
- Relatório da remoção, informando a quilometragem percorrida, tipo de ambulância (ambulância básica, UTI, etc.) e local de partida e de destino.

***Beneficiários de outra Unimed (se o contrato não for da Unimed Grande Florianópolis), devem apresentar também:**

Cópia / Original

- Cópia 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, as quais deverão ser anexadas ao processo, ou procuração do titular do plano com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes e terceiros).
- Poderá ser aceito recibo para análise de reembolso dos beneficiários.
- Cópia do documento legal com assinatura do titular do plano, ou do responsável por quem teve a despesa do reembolso solicitado (a assinatura desse documento deve ser a mesma de quem for dar ciência nas informações descritas no formulário de reembolso).

FORM-DVAC-12
Rev.07
Emissão: 19/03/2018

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO



Assinatura do titular ou responsável (igual ao documento apresentado)

*** Orientações para Profissionais Não Médicos (Fonoaudiólogo, Psicólogo, Fisioterapeuta e Nutricionista):**

Cópia / Original

- Nota Fiscal com a data de realização de cada sessão, com uma nota fiscal para cada sessão realizada. (Exemplo: cliente realizou 5 sessões terá que apresentar 5 notas fiscais com datas distintas).
- Nota fiscal com carimbo do profissional responsável e descrição detalhada da despesa (data da sessão + nome do beneficiário)
- Cópia do registro profissional (CREFITO, CRFA, CRP, CRN-registro profissional Conselho).
- Cópia do pedido médico solicitando as sessões informando o CID do beneficiário

Em casos de pagamento direto ao Prestador será necessário:

Cópia do registro de pagamento de INSS (se contribuir), de contribuição do plano de previdência privada ou declaração que não contribui (exemplo: funcionário público).

Caso a nota fiscal seja tirada avulsa na prefeitura será necessário o comprovante de ISS pago sobre a nota.

Orientações Gerais

- O prazo para retorno do processo é de 30 dias contínuos, 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, conta de terceiro sem procuração ou conta de pessoa jurídica);
- É permitida a emissão de procuração por parte do Favorecido, com firma reconhecida em cartório, concedendo poderes de recebimento a terceiros.
- Se no contrato for previsto coparticipação, a cobrança da mesma será realizada, respeitando os percentuais e tetos pré-estabelecidos em contrato.

Assinatura do titular ou responsável (igual ao documento apresentado)

FORM-DVAC-12 Rev.07 Emissão: 19/03/2018	SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO	
--	---------------------------------	---

Para contratos Pessoa Física

Nome do Responsável: _____

Telefones para contato: _____

Email: _____

Assinatura do Responsável: _____

Para contratos Pessoa Jurídica (entregar a solicitação de reembolso com os documentos obrigatórios na empresa contratante)

Responsável Empresa: _____

Telefones para contato: _____

Email Empresa: _____

Assinatura e carimbo da empresa: _____

Estou ciente de todas as informações,

Assinatura do titular ou responsável (igual ao documento apresentado)

CAMPO EXCLUSIVO PARA PREENCHIMENTO DA OPERADORA

Responsável pelo recebimento do reembolso

Assinatura e carimbo do colaborador