

Solicitação de Reembolso

Todos os campos do formulário são de preenchimento obrigatório, caso contrário os documentos serão devolvidos para correção.

Identificação

Nome da Empresa		Local de Atendimento	
Nome do Titular DENISIO EMANUEL DE SOUSA RODRIGUES		Nº do Protocolo (Informar em Casos de Atendimento a RN259/268) 33967920220704078557	
Código do Cartão do Beneficiário 08650003054805008	CPF 02154464378	Data de Nascimento	Telefone Celular do Titular
E-mail do Titular	Município do Endereço do Titular		Telefone para Contato

Dados Bancários (Inserir Dados do Beneficiário Titular do Plano)

Nº e Nome do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente
--------------------	---------------	----------------------

Endereço (Este servirá para devolução dos documentos, em caso de negativa)

Endereço Completo		CEP
Bairro	Cidade	Estado

Nome do Paciente	Procedimento	Nº Recibo / Nota Fiscal	Valor
105 GUILHERME VILMAR OLIVEIRA			

☐ Declaro que as informações citadas neste documento são verídicas e estão de acordo com as regras contratuais e legislação vigente:

Nome:

Data:

Acompanhe o status da sua Solicitação de Reembolso no Portal do Beneficiário acessando:

www.centralnacionalunimed.com.br > Beneficiário > Consulta Beneficiário e Situação do Pedido > Pedido de Reembolso

O prazo contratual para solicitação de reembolso é de 1 (um) ano, à contar da data exposta no documento fiscal (recibo ou nota fiscal), conforme artigo 206, inciso II, alínea B do Código Civil Brasileiro.
Da precisão de suas informações, depende a rapidez do reembolso.

Avisos Importantes:

- I. O reembolso será efetuado no prazo determinado em contrato a contar da data de recebimento de toda documentação pela Central Nacional Unimed, tendo como limite os valores da tabela contratada pela empresa, coparticipações previstas em contrato, procedimento coberto pelo plano e comprovado que o prestador não é credenciado à rede de atendimento do beneficiário.
- II. A mera apresentação do formulário não dará direito ao reembolso, sendo este realizado mediante análise de pertinência pela Central Nacional Unimed, com base no item anterior.
- III. Nos casos de reembolso por inexistência de rede credenciada (RN259/268) é necessário entrar em contato com a Central de Atendimento, o mesmo será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data de recebimento de toda documentação pela Central Nacional Unimed, desde que o procedimento seja coberto pelo plano e comprovada a inexistência de rede credenciada para o procedimento na região.
- IV. O prazo de entrega da solicitação de reembolso à Central Nacional Unimed é de até um (1) ano, contando a partir da data de atendimento.

Orientações de Preenchimento e Solicitação de Reembolso (não é necessário o envio desta seção)

- a) No campo procedimento informar tipo de serviço realizado pelo paciente: consulta, exames, tratamento ambulatorial ou internação;

b) Para garantir o pagamento adequado em sua conta corrente, é importante enviar uma cópia de comprovante dos dados bancários (**extrato ou cópia do cartão contendo instituição bancária, número de agência e conta**).

c) Os recibos devem obrigatoriamente identificar (de forma legível); o carimbo do médico assistente, contendo nome, Código regulador, por exemplo: CRM / CRP / CRF ou outros. CPF ou CNPJ (no caso de Pessoa Jurídica); o código do procedimento efetuado pela tabela vigente e data de atendimento; **Nota: O recibo deverá ser em papel timbrado do médico ou no próprio receituário.**

d) Nos casos de exames / tratamentos, anexar cópia do Pedido Médico, bem como o relatório do médico executante válido na data de emissão do recibo;

e) Nos casos de procedimentos realizados em Clínicas, Laboratórios e Internações Hospitalares, apresentar relatório médico com a codificação do procedimento (CBHPM / AMB), CID informando o tempo de evolução da patologia, além do documento contendo a discriminação dos valores de taxas, materiais e medicamentos utilizados, bem como, nota fiscal ou recibos com o CNPJ;

f) Nos casos de procedimentos realizados por anestesista, apresentar relatório do médico cirurgião contendo: código e/ou descrição do procedimento, diagnóstico e data da realização, bem como: nota fiscal ou recibos com CNPJ ou CPF;

g) Nos casos de tratamentos por sessão / seriado devem constar no Recibo / Nota Fiscal a quantidade e as datas em que as sessões foram realizadas, pedido médico com CRM e relatório do profissional executante (ambos carimbados e assinados). Os relatórios têm validade de 12 (doze) meses, persistindo o tratamento será necessário apresentar novos relatórios. No caso de Fisioterapia a cada 20 sessões deverá ser enviado laudo médico; **Nota: Tratamento seriado é o que demanda mais de uma sessão por procedimento (Exemplos: Sessões de Fonoaudiologia, Fisioterapia, RPG, Psicoterapia, Acupuntura, Escleroterapia, Nutricionista, etc.);**

h) Em caso de remoção, no documento de cobrança deve constar: km rodado; hora de parada e se utilizou ambulância com UTI;

i) Em caso de reembolsos por transporte, deve ser encaminhado o recibo com CNPJ ou CPF da empresa/condutor. (Exemplo: transporte de táxi, deverá constar no recibo o CPF do motorista ou CNPJ da empresa).

j) Na ausência de documentos obrigatórios, a Central Nacional Unimed, fará a devolução dos processos para regularização.

k) **Os documentos originais devem ser armazenados pelo beneficiário, por 5 anos, após a data de emissão. Ressaltamos que a documentação recebida não será devolvida pela Central Nacional Unimed, portanto, a documentação original não deve ser enviada na solicitação do reembolso.**

l) As solicitações poderão ser enviadas através do aplicativo “Meu Plano” ou via Portal do Beneficiário, com obrigatoriedade de anexar a **cópia** de documentação citada neste formulário de acordo com a modalidade do atendimento.

m) **O Depósito do Reembolso** será efetuado através de DOC, somente na **Conta Corrente do beneficiário titular do plano**, conforme os dados citados na Identificação. Para os casos de depósito em conta corrente de dependente será necessária apresentação de carta de próprio punho original do titular do plano, com firma reconhecida em cartório, contendo CPF, RG, Banco, Agência e Conta Corrente da pessoa a ser creditada. **Não creditamos Conta Salário, Poupança ou Conjunta cuja titularidade não seja do titular do plano.**

Check List de Documentos por procedimento (Documentação incompleta ou não coberta contratualmente será devolvida)

1. Consulta Médica

- ☐ **Recibo onde devem constar:** nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, nome do profissional, especialidade, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.

☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição e data do atendimento, especialidade e carimbo médico.

2. Acupuntura

- ☐ **Recibo onde devem constar:** nome do paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas, valor pago, nome e CRM do médico solicitante, CRM do profissional executante, CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a (s) sessão (ões).

☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas, nome do profissional, CRM e carimbo do médico solicitante.

3. Nutrição

- ☐ **Recibo onde devem constar:** nome do paciente, descrição do atendimento, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, CRN, CPF, pedido/encaminhamento médico com CRM, assinatura e carimbo do (a) nutricionista que realizou a(s) sessão (ões).

☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição do atendimento, número de sessões e suas datas, nome do profissional, CRN do (a) nutricionista que realizou a(s) sessão (ões).

4. Exames

- ☐ **Pedido médico onde devem constar:** nome do paciente, nome de cada exame, justificativa para a respectiva (s) solicitação (ões), carimbo com nome e CRM do médico solicitante.

☐ **Recibo ou Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, data do atendimento, nome de cada exame realizado com o seu valor unitário (para exames de imagem - RX, TC, RM e etc. – deverá constar também a região examinada e, se for o caso, descrição dos materiais e medicamentos com os valores unitários).

5. Terapias I (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia e Ocupacional)

- ☐ **Relatório médico onde devem constar:** nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual, descrição e justificativa para a terapia indicada.

OBSERVAÇÕES:

1. A solicitação da terapia deve ser feita por **profissional médico** (CRM).

2. Em caso de continuidade da terapia, o relatório médico deve ser atualizado após 12 (doze) meses.

- ☐ **Pedido médico onde devem constar:** nome do paciente, nome de cada exame e justificativa para a respectiva solicitação(ões) e CRM do profissional solicitante.

☐ **Recibo onde devem constar:** nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFA, CRP/CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.

☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, nome, número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO-F, CRFA, CRP, CRM, CREFITO-TO), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.

6. Terapias II (Diálise, Quimioterapia, Radioterapia)

- ☐ **Relatório médico onde devem constar:** nome do paciente, diagnóstico, descrição e justificativa para o tratamento solicitado, histórico dos tratamentos já realizados e planejamento terapêutico.
- ☐ **Recibo onde devem constar:** nome do paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.
- ☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição do tratamento, número de sessões e suas datas.
- ☐ **Fatura onde devem constar:** descrição de todos os itens da conta (materiais, medicamentos, taxas e etc.) com valores unitários.

7. Procedimentos Ambulatoriais (Cirurgias de pequeno porte, atendimentos em PS, etc.)

- ☐ **Relatório médico onde devem constar:** nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados para cada uma.
- ☐ **Laudo Anatomopatológico** (se houver)
- ☐ **Recibo onde devem constar:** nome do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, nome, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.
- ☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição e data do atendimento.

OBSERVAÇÕES:

1. No Recibo, Nota Fiscal ou Relatório Médico deve constar: descrição dos materiais, medicamentos, taxas e outras despesas com valores unitários.
2. Vasectomia: anexar documento escrito e firmado, com o consentimento expresso.

8. Internação – Despesas Hospitalares

- ☐ **Relatório médico onde devem constar:** nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, descrição e período do atendimento e justificativa para a internação.
- ☐ **Nota Fiscal do Hospital onde devem constar:** nome e CNPJ, valor pago, nome do paciente e data do evento.
- ☐ **Fatura onde devem constar:** descrição de todos os itens da conta hospitalar com seus valores unitários, data de internação, data da alta e período de cobrança.

Internação – Honorários Médicos

- ☐ **Relatório médico onde devem constar:** nome do paciente, diagnóstico, tempo de evolução da doença, descrição e período do atendimento e justificativa para a internação.
- ☐ **Laudo Anatomopatológico** (se houver)
- ☐ **Recibo onde devem constar:** nome do paciente, descrição e período do atendimento, valor pago, nome, CRM, CPF, especialidade, assinatura e carimbo do médico.
- ☐ **Nota Fiscal do Hospital onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, descrição e período do atendimento.

OBSERVAÇÕES:

1. No Recibo, Nota Fiscal ou Relatório Médico deve constar: a respectiva participação e valores (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar, etc.). Se o atendimento for clínico, informar a especialidade, número e datas das visitas cobradas.
2. Laqueadura Tubária: anexar documento escrito e firmado, com o consentimento expresso.

9. Próteses e Órteses de Implantação Cirúrgica

Após a verificação da existência de cobertura contratual, deve ser entregue:

- ☐ **Relatório médico onde devem constar:** nome do paciente, descrição e data do procedimento, diagnóstica e justificativa para a solicitação do material.
- ☐ **Nota Fiscal original do Fornecedor / Distribuidor / Fabricante onde devem constar:** nome e CNPJ do emitente, data de emissão, nome do paciente, valor pago, descrição do material, marca, modelo e fabricante.

10. Remoção em Ambulância

- ☐ **Relatório médico onde devem constar:** nome do paciente, diagnóstico e justificativo para a remoção.
- ☐ **Nota Fiscal onde devem constar:** nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome do paciente, data da remoção, quilometragem, local de partida e destino, tempo de espera (se houver), tipo de ambulância (UTI ou simples) e descrição do valor dos honorários médicos (se houver).

OBSERVAÇÕES:

1. Não serão aceitos recibos de pagamentos a autônomo (RPA); recibos provisórios e/ou temporários; nota de serviço ou nota de débito; duplicata e nota fiscal sem quitação.
2. Em todos os recibos devem constar: CPF, endereço e telefone do profissional que realizou o atendimento.

11. Parto Normal ou Cesárea

- ☐ Em Cumprimento a Resolução Normativa – RN 368 Da ANS, a Partir de 06/07/2015, será obrigatório o envio do partograma para reembolso de parto (Normal ou Cesárea).