| **DADOS DO CLIENTE/BENEFICIÁRIO** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome o beneficiário** |  | | | | |
| **Código do cartão** | **0069/** | | **CPF** | |  |
| **Endereço** |  | | | | |
| **Telefones** | (     ) | (     ) | | (     ) | |

| **MOTIVO DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO E PAGAMENTO EM CARÁTER PARTICULAR** | | |
| --- | --- | --- |
| **☐** | Atendimento de urgência/emergência | |
| **☐** | Ausência e/ou indisponibilidade de rede credenciada no Sistema Unimed para atendimento eletivo | |
| **☐** | Agendamento realizado pela Central de Agendamentos da Unimed | |
| **☐** | Outros (especificar) |  |

| **DADOS DO DESLOCAMENTO**  ***(Preencher em caso de reembolso de transporte)*** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Transporte** | ☐ **Veículo Particular** ☐ **Ônibus Rodoviário** | | |
| **Cidade de origem** |  | | |
| **Cidade de destino** |  | | |
| **Data de saída** | /     / | **Data de retorno** | /     / |
| **Distância**  ***(KM percorrido ida e volta)*** |  | | |

| **DETALHAMENTO DO OCORRIDO**  **(*Justifique o Motivo do Atendimento Particular)*** |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

| **INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Procedimento realizado** |  | | |
| **Local do atendimento (hospital/clínica)** |  | | |
| **Nome do profissional** |  | | |
| **Órgão de classe\* e número** |  | **Número** |  |
| **CPF** |  | | |
| **Data da realização do procedimento** | **/**     **/** | | |
| **\*Declaração de nascido vivo (D.N.V.)** |  | | |

***\* 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.*

| **DADOS BANCÁRIOS** | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐ Conta Corrente** **☐ Conta Poupança** | | | | | | | | |
| **Nome do titular da conta** | |  | | | | | | |
| **CPF do titular da conta** | |  | | | | | | |
| **Data de nascimento do titular da conta** | | /     / | | | | | | |
| **Banco** |  | | **N°** |  | **Agência** |  | **Conta** |  |
| **Valor total solicitado para reembolso** | | | | **R$** | | | | |

| **DADOS PARA CONTATO E INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO OU CONCLUSÃO DO PROCESSO** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** |  | | |
| **Grau de parentesco com o beneficiário** |  | | |
| **E-mail** |  | | |
| **Telefones** | (     ) | (     ) | (     ) |

| **/**     **/** |  |
| --- | --- |
| ***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 asreembolso em conta de terceiro, somente será efetivado mediante autorização, por escrito, do titular do plano.*