| **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.*