

## **ORIENTAÇÕES PARA PEDIDO DE REEMBOLSO**

**O beneficiário poderá utilizar o serviço de reembolso quando não houverem prestadores de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo sistema Unimed, mediante autorização prévia da operadora.**

**Para solicitar reembolso de despesas médicas e/ou hospitalares é necessário apresentar os seguintes documentos e formulários.**

### **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:**

- RG (titular e beneficiário atendido), CPF e cartão do convênio;
- Termo "solicitação de reembolso" devidamente preenchido e assinado pelo titular do contrato onde constará a solicitação formalizada com a justificativa do pagamento em caráter particular;
- Pedido médico carimbado, assinado e datado;
- Nota fiscal e/ou recibo original com carimbo, descrição do procedimento, valores, data da realização e nome do beneficiário atendido;
- Conta ou Despesa Hospitalar detalhada (discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do hospital), quando houver;
- Laudos relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido médico assistente;
- Recibos originais individualizados 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;

**Em atendimentos de terapias (fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, acupunturista):**

- Pedido médico com CID (preenchido e assinado pelo médico solicitante);
- Recibo (carimbado e assinado pelo local/profissional) ou nota fiscal (devidamente preenchido e carimbado pelo profissional, informando a data do atendimento, o tipo de procedimento e em nome do beneficiário atendido);
- Lista de frequência com as datas das sessões realizadas assinado pelo profissional e paciente;
- Relatório do profissional executante, informando a evolução do paciente.

### **ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- A Unimed Sudoeste poderá solicitar a qualquer momento a apresentação de novos documentos, quando necessário.
- Se o cliente (titular do contrato) não possuir conta bancária (corrente ou poupança), o reembolso será através de cheque nominal.
- O formulário de solicitação de reembolso deverá ser preenchido com os dados do titular do contrato e assinado pelo mesmo. O nome do beneficiário deverá ser informado no campo "paciente atendido".

**Declaro que estou ciente com todas as informações presentes neste documento.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do titular ou responsável por extenso**



## Documentação Necessária para Reembolso

- **COMPROVANTES DE PAGAMENTO** DEVEM SER ORIGINAIS (RECIBOS E NOTAS FISCAIS QUITADAS), CONTENDO NOME COMPLETO DO PACIENTE, VALOR NUMÉRICO E POR EXTENSO, DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS E DADOS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE (NOME, NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO DE CLASSE (CRM, CRP, ETC.), CPF, ESPECIALIDADE, ASSINATURA SOBRE CARIMBO);
- **PARA EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:** PEDIDO MÉDICO DATADO, CONTENDO QUADRO CLÍNICO E INDICAÇÃO PARA O PROCEDIMENTO.  
**INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS:** RECIBOS INDIVIDUALIZADOS DA EQUIPE CIRÚRGICA DISCRIMINANDO: POSIÇÃO DE ATUAÇÃO NO EVENTO (CIRURGIÃO, ANESTESISTA, etc.) E RELATÓRIO MÉDICO CONTENDO DATA, QUADRO CLÍNICO, INDICAÇÃO CLÍNICA PARA O PROCEDIMENTO E DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS;

### Importante

A não autenticidade dos documentos apresentados ou omissão de qualquer informação prestada, na tentativa de obter vantagem indevida da operadora, como por exemplo, recibos falsos ou adulterados e outras irregularidades, constituem fraude e podem resultar na perda do direito ao reembolso, sem prejuízo da adoção das demais medidas cabíveis ao caso.

A Unimed do Sudoeste emitirá um parecer acerca da solicitação em até 30 dias.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura por extenso

<b>Parecer Interno (Coordenação)</b>  Valor: _____ Data: __/__/____	<b>Parecer Interno (Gerência)</b>  Valor: _____ Data: __/__/____
---	--

### PROTOCOLO

<b>Nome do Beneficiário</b>	<b>Unimed do Sudoeste</b>
<b>Data de entrega:</b> _____ <b>Quantidade de recibos/notas:</b> _____ <b>Valor total:</b> _____	