



Data da Revisão:

08/04/2021

Revisão:

00

Folha:

1 / 5

**1. SOLICITAÇÃO DE ANÁLISE DE REEMBOLSO**

Data:		Requisição:	
Nome completo do Titular			
Número do cartão Unimed:			
RG:	CPF:	Responsável*:	
Nome completo do Beneficiário			
Número do cartão Unimed:			
RG:	CPF:	Responsável*:	

\*Em caso de menor de idade ou por procuração devidamente realizada.

Telefones:	Residencial: ( )	Celular: ( )	
	Recado/Comercial: ( )	Email:	
Endereço:	Nº		CEP:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	
<b>Dados para depósito (conta do titular):</b>			
Banco:	Agência:	Nº Conta:	

Não pode ser: conta conjunta, poupança, PJ ou salário e benefícios

Pagamentos, se aprovados, realizados somente por depósito bancário ou cheque nominal.

**Tipo Reembolso:**  Consulta Médica  Exames  Terapias  Procedimentos Ambulatoriais  Internação  Remoção

**2. APRESENTAÇÃO DOS SEGUINTE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:**

- ✓ **Cópia do cartão** Unimed São José do Rio Preto e do **CPF do Titular do plano**;
- ✓ **Cópia do documento com dados bancários** do titular do plano para o crédito (cheque, extrato bancário, outros - conste Banco, Agência e Conta);
- ✓ Se depósito em conta de Terceiro - preencher **Termo de Autorização para Depósito em Conta de Terceiro (Pessoa Física)**
- ✓ **Relato do Médico solicitante com carimbo e assinatura**, nos casos de consulta médica, exames, terapias, procedimentos ambulatoriais, internações clínicas, urgência/emergência e remoção de ambulância.

Data da Revisão:

08/04/2021

Revisão:

00

Folha:

2 / 5

### Consulta Médica

- ✓ **Recibo:** Deve constar o nome completo do paciente, descrição e data do atendimento, valor pago, nome, especialidade, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.
- ✓ **Nota Fiscal:** Deve constar o nome e CNPJ da Instituição, valor pago, nome completo do paciente, descrição e data do atendimento, especialidade e carimbo do médico, bem como comprovante de pagamento.

### Exames (Laboratoriais, Radiológicos)

- ✓ **Recibo:** Deve constar o nome completo do paciente, descrição dos exames realizados e valores individuais, data do atendimento, nome, especialidade, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico e telefone do local de atendimento.
- ✓ **Nota Fiscal:** Deve constar o nome e CNPJ da Instituição, nome completo do paciente, discriminação individualizada dos exames realizados (nome do exame, código CBHPM e valor cobrado individual), data do atendimento, especialidade e carimbo do médico, bem como comprovante de pagamento.
- ✓ **Pedido/Relatório Médico (CRM):** Deve constar nome completo do paciente, data de emissão, indicação clínica e ou diagnóstico (CID), descrição dos exames solicitados (nome e código CBHPM), carimbo e assinatura do médico solicitante.

### Terapias (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicoterapia, Terapia Ocupacional)

- ✓ **Recibo:** Deve constar o nome completo do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, número de inscrição no respectivo conselho regional (CREFITO, CRF e CRP), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia.
- ✓ **Nota Fiscal:** Deve constar o nome e CNPJ da Instituição, nome completo do paciente, descrição da terapia, número de sessões e suas datas, valor pago, nome, número de inscrição no respectivo conselho regional (CREFITO, CRF e CRP), CPF, assinatura e carimbo do profissional que realizou a terapia, bem como comprovante de pagamento.
- ✓ **Pedido/Relatório Médico (CRM):** Deve constar nome completo do paciente, data de emissão, diagnóstico (CID), quadro clínico atual, descrição e justificativa para a terapia indicada. O mesmo é válido por 1 ano a contar da data da vigência do plano (aniversário contrato).

Obs. A solicitação de terapia deve ser feita por um profissional médico (CRM);

### Procedimentos Ambulatoriais (Cirurgias de pequeno porte)

- ✓ **Recibo:** Deve constar o nome completo do paciente, descrição dos procedimentos realizados (código CBHPM e valor individual), data do atendimento, nome, especialidade, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.
- ✓ **Nota Fiscal:** Deve constar o nome e CNPJ da Instituição, nome completo do paciente, discriminação individualizada dos procedimentos realizados (código CBHPM e valor cobrado individual), data do atendimento, especialidade e carimbo do médico, bem como comprovante de pagamento.

Data da Revisão:

08/04/2021

Revisão:

00

Folha:

3 / 5

- ✓ **Pedido/Relatório Médico (CRM):** Deve constar nome completo do paciente, data de emissão, indicação clínica e ou diagnóstico (CID), descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados para cada uma, carimbo e assinatura do médico solicitante. Enviar laudo de anátomo patológico (se houver).

### **Internação ou Despesas Ambulatoriais (urgência/emergência ou não)**

#### Despesas Hospitalares:

- ✓ **Nota Fiscal:** Deve constar o nome e CNPJ da Instituição, nome completo do paciente, descrição do procedimento, valores numéricos e por extenso, bem como comprovante de pagamento.
- ✓ **Conta hospitalar (nota de gastos):** Data de internação e data da alta, discriminação das despesas hospitalares (diárias, materiais, medicamentos e taxas, discriminar itens e valores unitários bem como codificação CBHPM ou AMB).
- ✓ **Comprovantes** relativos aos serviços de exames complementares de diagnóstico e terapia, acompanhados do pedido do médico assistente e exame anátomo patológico decorrente do procedimento cirúrgico (se aplicável).

**Obs.1:** Próteses e Órteses (OPME): justificativa para a solicitação do material, Nota Fiscal original do Fornecedor/ Distribuição/ Fabricante, o nome e CNPJ do emitente, data da emissão, nome do paciente, valor pago, descrição do material, marca, código ANVISA, modelo e fabricante, bem como comprovante de pagamento.

#### Honorários Médicos:

- ✓ **Recibo:** Deve constar o nome completo do paciente, descrição dos procedimentos realizados (código CBHPM e valor individual), data do atendimento, nome, especialidade, CRM, CPF, assinatura e carimbo do médico.
- ✓ **Nota Fiscal:** Deve constar o nome e CNPJ da Instituição, nome completo do paciente, discriminação individualizada dos procedimentos realizados (código CBHPM e valor cobrado individual), data do atendimento, especialidade e carimbo do médico, bem como comprovante de pagamento.
- ✓ **Pedido/Relatório Médico (CRM):** Deve constar nome completo do paciente, data de emissão, diagnóstico, quadro clínico e cirurgia realizada, tempo de evolução da doença, data de internação e alta, carimbo e assinatura do médico solicitante.

**Obs.1:** Se o atendimento for clínico, necessário relatório médico com o diagnóstico, quadro clínico, especialidade e quantidade de visitas cobradas.

**Obs.2:** Em caso de cirurgia, deve constar a discriminação dos profissionais participantes como nome, CPF, CRM e atuação (cirurgião, 1º, 2º, 3º, 4º auxiliar ou anestesista) e valor individual para cada profissional.

**Obs.3:** Em caso de Parto (Cesárea/Normal), em cumprimento a Resolução Normativa (RN 368), há a obrigatoriedade do envio do partograma, relatório médico detalhado e/ou termo de consentimento.

Data da Revisão:

08/04/2021

Revisão:

00

Folha:

4 / 5

### Remoção em Ambulância

- ✓ **Nota Fiscal:** Deve constar o 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), bem como comprovante de pagamento.
- ✓ **Pedido/Relatório Médico (CRM):** Deve constar o nome do paciente completo, diagnóstico e justificativa para a remoção, bem como protocolo de atendimento e solicitação no SAC da Unimed Rio Preto.

### Outras Despesas passíveis de reembolso

Em caso de ausência ou insuficiência de rede de atendimento, onde o paciente optar pelo reembolso posterior, as despesas com deslocamento, tais como combustível, pedágio, traslado de taxi e afins, transporte rodoviário, bem como a alimentação do paciente e seu acompanhante (se menor, gestante ou possui necessidade especial, devidamente comprovada) são itens reembolsáveis, quando autorizados pela Operadora, e, com apresentação do **Termo de Ciência e Responsabilidade-Reembolso**, assinado pelo titular.

- ✓ **Despesas com Transporte Rodoviário:** Nota Fiscal ou Cupom, onde deve constar data, nome do paciente e acompanhante, nome e CNPJ da Instituição recebedora, descrição do trajeto e valor pago.
- ✓ **Despesas com Combustível e Pedágio:** Nota fiscal ou recibo, onde deve constar a data, a descrição da despesa e o valor pago.
- ✓ **Despesas com Traslado de Taxi e Afins:** Nota fiscal ou recibo, onde deve constar a data e o percurso.
- ✓ **Despesas com Alimentação:** Nota fiscal ou recibo, onde deve constar a data, a discriminação dos itens consumidos bem como a quantidade do item.

### 3. ESCLARECIMENTOS DA UNIMED PARA O BENEFICIÁRIO QUE SOLICITA A ANÁLISE DE REEMBOLSO

- O envio desse formulário tem que ser completo e legível, com a última folha datada e assinada pelo titular.
- O prazo para solicitação de reembolso é de 01 (um) ano, a contar da data exposta no documento fiscal (recibo ou Nota Fiscal), conforme art. 206, inciso II, alínea B do Código Civil Brasileiro.
- Ressaltamos que toda documentação acima é obrigatória para análise do Reembolso e deve ser enviada completa.
- O preenchimento desta Análise de Reembolso não garante que o mesmo será autorizado.
- Somente poderão ser reembolsadas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário.
- O prazo para Análise de Reembolso é de 30 (trinta) dias após a apresentação da documentação **obrigatória completa**.
- Em caso de falta de documentação, o processo será devolvido/retornado em até 5 dias úteis.
- Em caso de solicitação devolvida, por pendência, será necessário um novo formulário com data atualizada e a informação do protocolo da primeira solicitação no campo justificativa, junto com a documentação completa.



ANS n.º 335100

## FORMULÁRIO

IDENTIFICADOR

### Analise de Reembolso

FR.0021

Data da Revisão:

08/04/2021

Revisão:

00

Folha:

5 / 5

- Conforme Artigo 3º da Resolução Normativa nº 268 de 02/09/2011, cabe esclarecer que nos contratos com previsão de cláusula de coparticipação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

#### 4. QUITAÇÃO

O titular do plano concorda com a tabela de reembolso apresentada, bem como com os valores ora reembolsados, razão pela qual, com a efetivação do depósito/pagamento, dá plena, geral e irrevogável quitação, dando-se por satisfeito, nada mais tendo a reclamar ou exigir, a qualquer título, quanto ao presente reembolso.

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA (titular)