

PEDIDO DE REEMBOLSO
UNIMED

Nome do Beneficiário Titular: _____ CPF: _____
Nome do Beneficiário cujo nome consta no recibo/nota fiscal: _____ CPF: _____
Nº cartão UNIMED: 0006. _____ Telefone: () _____

Reembolso é cabível em casos de urgência ou emergência (dentro ou fora do Estado de Minas Gerais), caso haja a necessidade de atendimento em local onde não exista rede credenciada e/ou própria da Unimed ou quando não for possível a utilização dos serviços credenciados ou próprios da mesma. Nestes casos, os beneficiários poderão ser atendidos em estabelecimento médico a que tiverem acesso, solicitando, posteriormente, o reembolso à Unimed, mediante apresentação da documentação fiscal pertinente. Os valores reembolsados serão de acordo com a Tabela de Referência de Preços e Serviços Médico-hospitalares praticados pela Unimed, vigente à data do evento.

SOLICITO REEMBOLSO DAS DESPESAS CONFORME DOCUMENTOS ANEXOS

DADOS BANCÁRIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO REEMBOLSO

Dados bancários do beneficiário cujo nome consta no recibo/nota fiscal:
Nome do Banco: _____
Nº da conta: () corrente _____ () poupança _____
Nº da agência: _____

Obs.: 1) Para o beneficiário especial filho menor de idade, os dados bancários devem ser do beneficiário titular.
2) Caso o beneficiário não possua conta bancária (corrente ou poupança), a Unimed fará crédito na conta do beneficiário titular.
3) O reembolso será feito somente em nome do beneficiário participante do plano de saúde.

_____, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do Beneficiário
(cujo nome consta no recibo/nota fiscal)

OBRIGATÓRIO, anexar:

- **Exposição de motivos;**
- **Relatório médico;**
- **Conta/despesa hospitalar detalhada;**
- **Recibo/Nota Fiscal original, constando os seguintes dados:**

I - nome do beneficiário;

II - descrição de cada procedimento, inclusive o código da respectiva Tabela;

III - valor unitário por procedimento;

IV - valor total dos serviços prestados;

V - nome do profissional ou instituição, especialidade ou ramo de atuação, número de inscrição no Conselho Regional da respectiva categoria e CPF ou CNPJ, conforme o caso;

VI - local e data do atendimento/emissão;

VII - assinatura do profissional sobre carimbo.