

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO



1) DADOS DA MANIFESTAÇÃO:

Nº da OS: _____

Data da abertura: _____

Contrato: _____

Família: _____

2) DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO:

Nome completo: _____

CPF: _____

Nº Cartão Unimed: _____

Contrato: _____

E-Mail contato (RH da empresa): _____

Telefones para contato (RH da empresa): _____

Telefones para contato do Titular (Celular ou Fixo): _____

3) DADOS DO BENEFICIÁRIO QUE REALIZOU O EVENTO:

Nome completo: _____

CPF: _____

Nº Cartão Unimed: _____

E-Mail contato: _____

Telefones para contato (Celular ou Fixo): _____

4) TIPO DE SOLICITAÇÃO:

- Anestesista
- Consulta médica
- Diu Mirena
- Exames
- Fisioterapia/Fonoaudiologia/Psicologia
- Honorários Médicos
- Internação Hospitalar
- Internação Psiquiátrica
- Procedimentos Sem Internação
- Taxa de Disponibilidade
- Outros _____

5) VALOR SOLICITADO: _____

Obs.: Nota fiscal deve possuir CNPJ e recibo deve possuir CPF do prestador.

6) MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO:

- Falta da rede credenciada - Abriu Protocolo de informação? Sim () Não ()
- Médico não cooperado
- Prestador não credenciado
- Urgência/Emergência
- Livre escolha
- Outros _____

Fazer descrição detalhada do motivo de solicitação de reembolso.



7) DADOS BANCÁRIOS:

As informações preenchidas abaixo são de inteira responsabilidade do beneficiário que o assina.

Nome do titular da conta: _____

CPF /CNPJ do titular da conta: _____

Obs.: No caso de conta conjunta dados do 1º Titular

****NÃO É POSSÍVEL CONTA SALÁRIO****

BANCO DO BRASIL - 001

_____|_____|_____|_____|

Agência (Sem o Dígito)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| - ____|

Numero da Conta

Dig

C/Corrente
C/Poupança

SANTANDER - 033

_____|_____|_____|_____|

Agência (Sem o Dígito)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| - ____|

Numero da Conta

Dig

C/Corrente
C/Poupança

CAIXA ECONOMICA - 103

_____|_____|_____|_____|

Agência (Sem o Dígito)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| - ____|

Numero da Conta

Dig

C/Corrente
C/Poupança

BRDESCO - 237

_____|_____|_____|_____|

Agência (Sem o Dígito)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| - ____|

Numero da Conta

Dig

C/Corrente
C/Poupança

ITAÚ - 341

_____|_____|_____|_____|

Agência (Sem o Dígito)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| - ____|

Numero da Conta

Dig

C/Corrente
C/Poupança

OUTROS BANCOS _____

_____|_____|_____|_____|

Agência (Sem o Dígito)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| - ____|

Numero da Conta

Dig

C/Corrente
C/Poupança

* Declaro que as informações apostas por mim nesse formulário são verdadeiras e completas, sendo de minha inteira responsabilidade.

Curitiba, _____ de _____ 20 _____

Assinatura do solicitante