

Assunto: SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- **CARTA DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO (Motivo- Explicação).**
(Deverá ser relatado o motivo para realização do procedimento em caráter particular e o valor a ser ressarcido)
- **RG E CPF (Cópia)**
- **CARTEIRA DA UNIMED (Cópia)**
- **RECIBO OU NOTA FISCAL (Original ou Autenticada).**
- **TELEFONE PARA CONTATO (Obrigatório) E E-MAIL (Se houver)**
- **PROCEDIMENTO CIRURGICO (Apresentar cópia do descritivo da conta hospitalar)**
- **EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (Apresentar laudo do exame realizado)**
- **BOLETIM DE ANESTESIA**
- **FORMAS DE REEMBOLSO:**
CHEQUE
ABATIMENTO DE MENSALIDADE
DEPÓSITO BANCARIO (Informar: Nome do titular, cópia do RG e CPF, e, dados bancários – AG, C/C ou C/Poupança).

CASO SEJE VIA SEDEX ENDEREÇO ABAIXO PARA CORRESPONDÊNCIA.

**ATT: Alessandra Cunha -Setor Intercâmbio -
Rua Manoel Barata,1508 entre Rui Barbosa e Quintino Bocaiuva
Bairro: Reduto
CEP:66053-320**

**OBS: Contatos: Adriana Neves e Alessandra Amaral
Fone: (91)4009-5941/ 4009-5983
E-mail: intercambio.opm2@unimedbelem.com.br
intercambio.opm@unimedbelem.com.br**

**INTERCÂMBIO
UNIMED BELÉM**



**Sede Administrativa
Travessa Curuzu, 2212 – Bairro: Marco
Belém – Pará – CEP: 66.093-540 – CNPJ: 04.201.372/0001-37
Telefone: 0800 729 6000 Site: www.unimedbelem.com.br**