

Este formulário deverá ser utilizado sempre que efectuar um procedimento relacionado com a sua saúde, efectuando o pagamento como particular. Envie este formulário com todas as facturas detalhadas, comprovativos oficiais de pagamento, relatório médico e resultados de exames anteriores, no caso de exames de alta complexidade, cirurgias e procedimentos relacionados com tratamentos, como por ex. fisioterapia, para o endereço [reembolso@unisaude.co.ao](mailto:reembolso@unisaude.co.ao). Verifique na sua apólice o tempo que terá para solicitar o reembolso após o dia do procedimento e em quantos dias o seu processo deverá estar finalizado. Informamos que apenas começamos a contabilizar os dias após obtermos o seu processo completo – informe-se com antecedência junto da nossa equipa de atendimento o que necessita para solicitar o seu reembolso em específico.

**O preenchimento de todos os campos abaixo é obrigatório para processar o seu pedido de reembolso**

## SECÇÃO A - Informações do Membro Principal

Nome completo:	Nº Membro:	Seguradora:	Empresa:
E-mail pelo qual deseja ser contactado:	Nº Telefone activo:	Nº Telefone alternativo:	Plano:

## SECÇÃO B - Informações do Paciente

Quem foi o paciente? Membro principal ( ) Dependente ( )	Se dependente: Esposo/a ( ) Filho/a ( ) Pai ( ) Mãe ( )	Nº Beneficiário:
Género M ( ) F ( ) Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Nome completo:	

## SECÇÃO C - Informações do Pedido de Reembolso

Data do procedimento: ____ / ____ / ____
O procedimento é relacionado com serviços de maternidade? Sim ( ) Não ( )
Descreva os sintomas que sentiu para o levar a usar os serviços de saúde:
O médico identificou qual o diagnóstico? Se Sim, qual foi?
Nome do Médico e/ou Clínica:
Contactos do prestador (Telefone e E-mail):
Se o procedimento foi necessário devido a algum acidente, seleccione qual foi o tipo de acidente:
Acidente durante o horário de Trabalho: SIM ( ) NÃO ( )    Acidente de automóvel: SIM ( ) NÃO ( )
Outro tipo de acidente, incluir detalhes inclusive data do acidente: _____

