

Segurado - Protocolo de Solicitação de Reembolso

[Imprimir](#) | [Fechar](#)

Solicitação de Reembolso

**Código**
30147**Empresa**
DISPARCON**Usuário**
MASTER**Identificação**
44530147000028200018

LUIZ ALBERTO DO CASAL

Protocolo
00624620190124004429

Nº da SR	Tipo de Reembolso	Serviço	Opção de Pagamento
3172740812	Médico	Consulta	

Pagamento de Consultas

Item	Conselho Profissional	UF	Nº do Conselho	Segurado	Realização	CNPJ/CPF Prestador	Valor do documento
1	CRM	SP	22463	30147000028200018	02/01/2019	66306400800	R\$ 200,00

Valor Total: R\$ 200,00

Nº do Protocolo	Data	Hora
2224178146	24/01/2019	09:29:23

Enviar cópia deste protocolo anexa aos recibos originais para SulAmérica.[Imprimir](#) | [Fechar](#)

Dr. José Francisco Galves

MÉDICO - CRM 22.463 CPF 663.064.008-00

Rua Minerva, 36 - CEP 05007-030 - São Paulo - SP telefone: 3864 - 1475

Data 02.01.19

Recebi do(a) Sr(a) Luiz Alberto do Casal

CPF 303.869.428-20

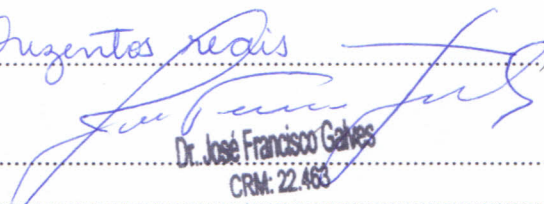
os honorários abaixo especificados por serviços profissionais

de 01 consulta Médica

prestados a o mesmo

CPF.....

RS 200,00 - (Duzentos reais)


Dr. José Francisco Galves
CRM: 22.463