

Deve ser preenchido um formulário por paciente. (Preenchimento Obrigatório)

Nº do Cartão Allianz Saúde: 761192479700

## DADOS DO SEGURADO

Nome do Paciente: CINTHIA HARUMI MATSUTA

Número do Cartão: \_\_\_\_\_

Nome do Segurado Titular: CINTHIA HARUMI MATSUTA

Tel.: (11) 99915-3934

Empresa: WTT

Plano: \_\_\_\_\_

E-mail (preferencialmente do titular): beneficios1@vsegura.com.br

## ORIENTAÇÕES GERAIS

Conforme circular do BCB nº 3.710/2014, passa a ser obrigatória a informação do CPF do favorecido e, antes de efetivação do crédito, haverá a confirmação do CPF com a conta-corrente. Havendo divergências o crédito será recusado.

**Atenção:** o crédito ocorrerá conforme informações bancárias do titular do plano cadastradas na Allianz. Na ausência de tais informações serão utilizados os dados bancários e o reembolso estará sujeito a atrasos e não havendo a indicação dos dados corretos no prazo de até 5 dias úteis, o pagamento será efetuado automaticamente por emissão de cheque nominal ao titular.**Reembolsos acima de R\$10.000,00: é obrigatória a apresentação de cópia do RG, CPF e comprovante de residência do titular, conforme resolução normativa Nº 117/ANS de 30 de novembro de 2005.**

## DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO TITULAR – CAMPOS OBRIGATÓRIOS PARA PAGAMENTO DE REEMBOLSO

CPF do Segurado Titular: 32163507890

Nome do Banco: \_\_\_\_\_

Nº do Banco: \_\_\_\_\_ Nª da agência: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ Nª da conta-corrente: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_

## DADOS DO REEMBOLSO

**Códigos de Atendimento:** 1. Consulta Consultório / 2. Consulta Domicílio\* / 3. Honorários Médicos\* / 4. Exames de Diagnose / 5. Terapias\* / 6. Remoção\* / 7. Pronto-Socorro / Pequenos Atendimentos Ambulatoriais\* / 8. Despesas Hospitalares\* / 9. Outros.  
(\*): Obrigatória a apresentação de Relatório Médico.

## Indicação do Prestador (Preenchimento Obrigatório)

Cód.	Nome do Prestador	CNPJ/CPF	Telefone	CRM
1	FLEURY	60840055000484		

Especialidade: EXAME

Sintomas / Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Valor Total dos Recibos Anexos: 1.226,55

Local: \_\_\_\_\_ Data: 09/01/2019

Assinatura do Segurado Titular: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

## Documentos Necessários para Reembolso

Tipo de Atendimento	Recibo/Fatura/Nota Fiscal Quitada	Relatório Médico Justificativo	Pedido Médico	Plano de Tratamento
Consulta Consultório	Obrigatório			
Consulta Domicílio	Obrigatório	Obrigatório		
Honorários Médicos	Obrigatório	Obrigatório		
Exames de Diagnose	Obrigatório		Obrigatório	
Terapias	Obrigatório	Obrigatório		Obrigatório
Remoções	Obrigatório	Obrigatório		
Pronto-Socorro / Peq. Atend. Amb.	Obrigatório	Obrigatório		
Despesas Hospitalares	Obrigatório	Obrigatório		

Todos os recibos, faturas ou notas fiscais deverão estar devidamente quitados e conter as seguintes informações:

- Nome completo do profissional ou entidade.
- CNPJ / CPF.
- Tipo de atendimento.
- Nº do CRM.
- Data de atendimento ou período da prestação de serviços.
- Especialidade.
- Nome do Paciente.
- Discriminação individualizada de cada item ou procedimento cobrado, contendo o preço unitário, quantidade preço total e tipo de despesas (diárias, taxas de materiais, medicamentos, exames ou terapias realizadas, consultas, etc).

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

RPS Nº 991615 Série FLP, emitido em 09/01/2019

20190114u60840055000131

Número da Nota

**00976374**

Data e Hora de Emissão

**09/01/2019 01:18:35**

Código de Verificação

**CPDB-1QQY****PRESTADOR DE SERVIÇOS***fleury*CPF/CNPJ: **60.840.055/0004-84**Inscrição Municipal: **9.740.800-0**Nome/Razão Social: **FLEURY S/A**Endereço: **R CINCINATO BRAGA 00232, 246 250 254 266 282 - PARAISO - CEP: 01333-010**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **CINTHIA HARUMI MATSUTA**CPF/CNPJ: **321.635.078-90**Inscrição Municipal: **---**Endereço: **AV Miguel Stéfano 215, Apto 74 - Saúde - CEP: 04301-010**Município: **São Paulo**UF: **SP**E-mail: **CINTHIA\_MATSUTA@HOTMAIL.COM****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **---**Nome/Razão Social: **---****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Prestacao de Servico

Serv.Prestados 1226.55

Prestacao de servico CONSTANTE DA FICHA Nr. 5003800267

Desc.Conc. (-) 0.00

Acrescimos 0.00

B.C.INSS 0.00

INSS 0.00

Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 69.30 (5.65 %)

Vencimento 09.01.2019

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 1.226,55**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-

Código do Serviço

**04170 - Laboratórios.**

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	<b>1.226,55</b>	<b>2,00%</b>	<b>24,53</b>	<b>0,00</b>
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e não gera crédito; (3) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 991615 Série FLP, emitido em 09/01/2019; (4) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/02/2019;





# DR. DALTON S. RODRIGUES

CINTHIA HARUMI MATSUTA

CRM-SP 47.393 - TEGO 093/93

Ginecologia - Obstetrícia

Medicina do Trabalho

## Solicito:

Colposcopia com biopsia se necessário

Colpocitologia oncológica (papanicolau)

US transvaginal

DR. DALTON S. RODRIGUES  
GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA  
CRM - SP 47.393

**fleury****RPS No.**  
**991615****Emitido em** 02/01/2019 10:27  
**Emitido por** M73**Razão Social.:** GRUPO FLEURY SA  
**CNPJ.:** 60840055000484  
**CCM.:** 97408000  
**Endereço:** Rua Cincinato Braga**CENTRAL DE ATENDIMENTO**  
31790822 08007040822**RPS****TOMADOR DE SERVIÇOS:****Nome/Razão Social.:** CINTHIA HARUMI MATSUTA  
**CPF/CNPJ:** 32163507890 **CCM/RG:** 34815964X  
**Endereço:** AVENIDA MIGUEL ESTEFNO  
**Município:** SAO PAULO **UF.:** SP  
**E-mail:** cinthia\_matsuta@hotmail.com**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS:****Total de Serviços: 1**

LABORATÓRIOS

**VALOR DO SERVIÇO**

R\$1.226,55

R\$0,00

R\$1.226,55

**CÓDIGO DO SERVIÇO**

41.70 - LABORATÓRIOS

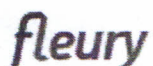
**IRRF:** R\$0,00**PIS:** R\$0,00**COFINS:** R\$0,00**CSLL:** R\$0,00

Prezado(a) cliente,

Você está recebendo um Recibo Provisório de Serviços (RPS) com as informações dos serviços prestados pelo Grupo Fleury a você. Este documento será convertido em uma Nota Fiscal de Serviço Eletrônica (NFSe), que será enviada para seu e-mail cadastrado no site da Prefeitura dentro do prazo definido pelo órgão municipal, podendo levar até 10 dias corridos. Mantenha seu e-mail atualizado no site da Prefeitura e, caso tenha dúvidas sobre como cadastrá-lo, consulte a Prefeitura indicada no RPS. Caso não receba a mensagem com a nota fiscal no prazo estipulado, entre em contato com a nossa Central de Atendimento.

**IMPORTANTE:** A NFSe será emitida para o CPF/CNPJ informado neste documento. Após a emissão da NFSe, não será possível alterar esta informação.

**FICHA NÚMERO: 5003800267**



Número do Recibo  
**500-887030**

Rua Cincinato Braga, 282  
CNPJ.: 60840055000484  
Inscrição Municipal: 97408000  
Razão Social: Fleury S.A.

Data Emissão: 02/01/2019  
Emitido Por: < M73 >  
1.A VIA: CLIENTE

**CENTRAL DE ATENDIMENTO**

Em São Paulo: 31790822  
Outros locais 08007040822

**RECIBO DE PAGAMENTO**

RECEBEMOS DE: CINTHIA HARUMI MATSUTA (CPF: 321.635.078-90)

A QUANTIA DE: R\$ 1,226.55

( UM MIL E DUZENTOS E VINTE E SEIS REAIS E CINQUENTA E CINCO CENTAVOS )

REFERENTE A SERVIÇOS PRESTADOS A: CINTHIA HARUMI MATSUTA (CPF: 321.635.078-90)

CONSTANTES NA FICHA Nº 5003800267 DE 02/01/2019

VALOR DOS SERVIÇOS: R\$ 1,226.55

TAXAS R\$ 0.00

VALOR PAGO: R\$ 1,226.55

SALDO ATUAL R\$ 0.00

Colposcopia,(45010021)

R\$ 341.70

Ultrassonografia, endovaginal(33010145)

R\$ 670.65

Citologia cérvico-vaginal, em base líquida, material vaginal e colo uterino(21010056)

R\$ 214.20

FLEURY S.A.

São Paulo, 02/01/2019

**FICHA: 5003800267**