



Cromiz 493

Instruções Gerais

Autenticação Mecânica:

- Para receber o reembolso com agilidade e comodidade na conta do titular do seguro, cadastre previamente os dados bancários e os mantenha atualizados;
 - Caso o titular do plano tenha falecido, favor verificar instruções no site da Seguradora, atendimento das Sucursais ou ligar para a Central de Relacionamento;
 - Formas de pagamento de reembolso:
 - Crédito em Conta-corrente: Conforme informações bancárias do titular/beneficiário legal cadastrado;
 - Ordem de Pagamento: Não havendo dados bancários cadastrados, o reembolso será efetuado por meio de Ordem de Pagamento, podendo ser retirado em qualquer agência do Banco Bradesco no prazo máximo de 30 dias após a sua emissão. Findo esse prazo, ligar para a Central de Relacionamento.
 - Central de Relacionamento: Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-2700 - Demais Localidades: 0800 701 2700 - SAC: 0800 727 9966 - SAC - Deficiência Auditiva ou de fala: 0800 701 2708 - Ouvidoria: 0800 701 7000;
- IMPORTANTE:** Em caso de inconsistência nos dados bancários cadastrados, o reembolso será automaticamente efetuado por meio de Ordem de Pagamento, podendo ser retirado em qualquer agência do Banco Bradesco no prazo máximo de 30 dias após a sua emissão. Findo esse prazo, ligar para a Central de Relacionamento.

Código: 5711	Dígito: 9	Destino: Bradesco Saúde – Departamento de Reembolso
Número do Cartão do Paciente: <i>838 3842000 43031</i>	Nome do Paciente: <i>Ana Cordina Rocha Miranda</i>	
E-MAIL: <i>beneficiarios@vsesura.com.br</i>	Telefone Celular: (ddd e número) <i>(11) 99915-3934</i>	
Nome do Segurado Titular da apólice: <i>Nanci Rui de Lima</i>		CPF do Segurado Titular: <i>589.02477827</i>
Tipo de Processo: <input checked="" type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> REANÁLISE <input type="checkbox"/> COMPLEMENTO	Local de Entrada: <input type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/> Agência	Código
Documentação desta solicitação: Quantidade de documentos: <i>1</i> Valor Total dos Recibos: R\$ <i>760,00</i>		A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário.

1ª via - Seguradora

Para análise do reembolso das despesas cobertas pelo seguro, é necessária a entrega da documentação completa, conforme abaixo:

A RECIBO/NOTA FISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR (inclusive consulta)

Nome do paciente, data do atendimento, discriminação do recibo item a item da(s) despesa(s) com valores unitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPF/CNPJ do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contato, número do conselho de classe do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o atendimento. Descrição do material, marca, modelo e fabricante, no caso de ostomias.

OBS. 1: Nos casos de cobrança de honorários médicos, informar a participação na equipe cirúrgica ou, nos casos de atendimentos clínicos, a quantidade e as datas das visitas.
2: Recibos de Pagamento a Autônomo (RPA) não são válidos para reembolso.

B ALÉM DO RECIBO, FAZ-SE NECESSÁRIO O ENVIO DAS SEGUINTE DOCUMENTAÇÕES CONFORME O(S) PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

1 - EXAMES

☐ Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s).

2 - TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Fonoterapia, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional)

☐ Relatório do médico que indicou o tratamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual e relatório do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta.

OBSERVAÇÕES: 1. A SOLICITAÇÃO DA TERAPIA DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MÉDICO (CRM).

2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER ATUALIZADO APÓS 4 MESES.

3. NOS CASOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ENVIADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS À DOENÇA.

3 - PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

☐ Relatório médico constando: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, encaminhar descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados.

☐ Laudo anatomopatológico e/ou exames, previamente realizados, relacionados à doença (caso haja). Se houver despesa hospitalar/ambulatorial, encaminhar discriminação com valores unitários de materiais e medicamentos utilizados.

4 - REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA

☐ Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou Simples) e discriminação do valor do honorário médico.

5 - DIÁLISES, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA

☐ Relatório médico com diagnóstico e indicação para o tratamento, planejamento terapêutico, número de sessões com suas datas e valores pagos. Encaminhar discriminação item a item das despesas hospitalares/ambulatoriais com os respectivos valores unitários.

6 - TERAPIAS ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER E TERAPIA PARA TRATAMENTO DE EFEITOS COLATERAIS RELACIONADAS À QUIMIOTERAPIA

☐ Relatório médico informando o diagnóstico, a indicação, a dose preconizada e o planejamento terapêutico.

☐ Prescrição médica, datada, com carimbo e assinatura do médico assistente.
OBSERVAÇÃO: A PRESCRIÇÃO MÉDICA DEVERÁ SER ATUALIZADA MENSALMENTE.

☐ Laudo de exames, tais como: anatomopatológico e/ou imuno-histoquímica nos casos de quimioterápico oral.

7 - TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO

☐ Laudo da Tomografia de Coerência Óptica (OCT)

8 - HONORÁRIOS MÉDICOS

☐ Relatório médico com o procedimento realizado, laudo dos exames (imagem e anatomopatológico), boletim operatório datado, assinado e carimbo legível.

9 - INTERNAÇÃO

☐ Relatório médico detalhado com diagnóstico, tempo de evolução, descrição e período da internação. Encaminhar discriminação item a item das despesas hospitalares/ambulatoriais com os respectivos valores unitários.

10 - PRÓTESES E ÓRTESES

☐ Nota Fiscal ORIGINAL do fornecedor/distribuidor/fabricante na qual deverá constar nome e CNPJ do emitente, data da emissão, nome do paciente, valor pago, discriminação detalhada, marca e modelo.

11 - VASECTOMIA E LAQUEADURA

☐ Declaração de Consentimento assinada, carimbada pelo médico assistente, pelo paciente e cônjuge com firma reconhecida em cartório.

OBSERVAÇÃO: FORMULÁRIO DISPONÍVEL NO SITE DA SEGURADORA OU NAS UNIDADES DE ATENDIMENTO.

12 - OSTOMIAS

☐ Relatório médico no qual deverão constar: doença de base que levou à confecção do estoma, tipo de cirurgia realizada, permanência do estoma, tipo de estomia, alça terminal, duas bocas ou outras, localização da região abdominal e do sistema digestório ou urinário, data da realização do procedimento cirúrgico, quadro clínico atual e definição dos equipamentos necessários.

OBSERVAÇÕES GERAIS

• Informamos que determinados procedimentos possuem diretrizes de utilização reguladas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), razão pela qual é de suma importância o envio de toda a documentação relacionada neste formulário.

• O não envio da documentação COMPLETA pode acarretar em solicitação, por parte da operadora, de documentação complementar que pode postergar a conclusão da análise do reembolso. A partir do recebimento da documentação complementar, inicia-se uma nova contagem de prazo.

• Os procedimentos listados acima terão suas coberturas avaliadas de acordo com o plano contratado.



Bradesco
Saúde

Bradesco Saúde
CNPJ: 92.693.1118/0001-60
Rua Barão de Itapagipe, 225 - Rio de Janeiro - RJ



NANCI KUI DE LIMA
977 - 383842 - CROMA-PHARMA PRODUTOS
AV MIGUEL F E VASCONCELOS 1339 APTO 22
JAGUARE
05345000 - SAO PAULO - SP

Prezado(a) Cliente,

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

NANCI KUI DE LIMA

Procedemos à análise dos recibos e comprovantes apresentados para fins de reembolso das despesas médico-hospitalares e constatamos a inexistência de cobertura, tendo em vista o disposto nas Condições Gerais que adiante destacamos, motivo pelo qual não será efetuado o reembolso das despesas realizadas.

QUADRO DEMONSTRATIVO DE REEMBOLSO

Estipulante		Tipo de Evento		Plano	
CROMA-PHARMA PRODUTOS		Terapias		TQN3	
Paciente		Cartão Bradesco Saúde	Data do Evento		Sinistro
ANA CAROLINA ROCHA MIRANDA		838 384 200043 03 1	02/10/2018		2018.0002820360.00
Importante:	Documentação devolvida, reembolso não previsto no contrato.				

DOCUMENTOS NÃO REEMBOLSADOS

Data	Nome Executante	CPF/CNPJ	Valor Apresentado
02/10/2018	ALEKSANDRA BINATTI PSIC	30.063.725/0001-90	760,00

Parecer:

- Limite de sessões de psicoterapia excedido, conforme disposto nas diretrizes de utilização do Anexo II da RN428/ANS.

Nestas condições, devolvemos-lhe a documentação apresentada para reembolso, ressaltando que é facultado a V.Sa. o direito de requerer a reanálise de sua solicitação mediante declaração por carta ou email, através dos nossos Canais de Atendimento: Central de Relacionamento com o Cliente: 4004-2700 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 701 2700 (demais localidades), SAC: 0800 727 9966, Central de Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 701 2708, Ouvidoria: 0800 701 7000 ou por meio de um dos Núcleos de Atendimento da Bradesco Saúde.

Atenciosamente,

Thais Jorge de O. e Silva
Diretora Médica

Sylvio Vilardi
Diretor

2820360



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20181114u30063725000190

Número da Nota

00000250

Data e Hora de Emissão

14/11/2018 08:20:58

Código de Verificação

7LJN-NSDS

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **30.063.725/0001-90**

Inscrição Municipal: **5.932.320-5**

Nome/Razão Social: **ALEKSANDRA BINATTI PSICOLOGIA EIRELI**

Endereço: **R EDUARDO DA SILVA MAGALHAES 436 - Parque Continental - CEP: 05324-000**

Município: **São Paulo**

UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **NANCI KUI**

CPF/CNPJ: **189.024.778-27**

Inscrição Municipal: **—**

Endereço: **NAO INFORMADO**

Município: **São Paulo**

UF: **SP** E-mail: **—**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **—**

Nome/Razão Social: **—**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Pagamento referente a 4 sessões de Psicoterapia da menor Ana Carolina Rocha Miranda realizadas nas seguintes datas: 2/10/18 (190,00), 9/10/18 (190,00), 16/10/18 (190,00) e 23/10/18 (190,00).

Aleksandra Binatti
Psicóloga
CRP - 0653043 - 8

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 760,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
05118 - Psicologia.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	760,00	2,00%	15,20	0,00
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) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/12/2018;

Dra ELIANA M D BRANDÃO
Neurologia da infância e adolescência
CRM 74683

PARA :

ANA CAROLINA ROCHA MIRANDA

SOLICITO TERAPIA COM PSICOLOGO COMPORTAMENTAL 1 X/ SEMANA ,
POR TEMPO INDETERMINADO .

A PACIENTE VEM APRESENTANDO MELHORA NOS SINTOMAS
DEPRESSIVOS E DEVE MANTER O TRATAMENTO .

HD- TRANSTORNO DE HUMOR - DEPRESSIVO

CID 10: F33.9


Dra ELIANA BRANDÃO
Neurologia Infantil
CRM 74683

05/11/18