



Instruções Gerais

Autenticação Mecânica:

1. Para receber o reembolso com agilidade e comodidade na conta do titular do seguro, cadastre previamente os dados bancários e os mantenha atualizados;
2. Caso o titular do plano tenha falecido, favor verificar instruções no site da Seguradora, atendimento das Sucursais ou ligar para a Central de Relacionamento;
3. Formas de pagamento de reembolso:
 - a. Crédito em Conta-corrente: Conforme informações bancárias do titular/beneficiário legal cadastrado;
 - b. 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.
4. 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: 838 384 2000 43 03 4	Nome do Paciente: Ana Carolina Rocha Miranda	
E-MAIL: beneficios1@vseura.com.br	Telefone Celular: (ddd e número) (11) 99915-3934	
Aceito receber Informações de Reembolso por E-mail/SMS - <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Nome do Segurado Titular da apólice: Nanci Kui de Lima	CPF do Segurado Titular: 189.024.778-27	
Tipo de Processo: <input checked="" type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> REANÁLISE <input type="checkbox"/> COMPLEMENTO	Local de Entrada: <input checked="" type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/> Agência	Código
Documentação desta solicitação: Quantidade de documentos: 1	Valor Total dos Recibos: R\$ 760,00	Nome do Local de Entrada:
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, Fonoaterapia, 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

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 deverão 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.

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO****SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA****NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

Número da Nota

00000250

Data e Hora de Emissão

14/11/2018 08:20:58

Código de Verificação

7LJN-NSDS

20181114u30063725000190

PRESTADOR DE SERVIÇOSCPF/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 - 0657043 - 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;