

## Solicitação de Reembolso

Saúde

Nº de Protocolo: \_\_\_\_\_  
(USO EXCLUSIVO ALLIANZ)Allianz 

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

Nº do Cartão Allianz Saúde: 200101910000803

## DADOS DO SEGURADO

Nome do Paciente: LIVIA MIDORI TANIGUCHI 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	Clinica Integrada da Saúde	01.161.832/000152		72908

Especialidade: CONSULTA Sintomas / Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Valor Total dos Recibos Anexos: 150,00 Local: \_\_\_\_\_ Data: 14/12/2018

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.
- 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).
- Tipo de atendimento.
- Nº do CRM.
- Data de atendimento ou período da prestação de serviços.
- Especialidade.
- Nome do Paciente.

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

20181204u01161832000152

Número da Nota

**00005774**

Data e Hora de Emissão

**04/12/2018 16:04:24**

Código de Verificação

**599X-SZ6E****PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **01.161.832/0001-52**Inscrição Municipal: **2.457.363-9**Nome/Razão Social: **CLINICA INTEGRADA DA SAUDE**Endereço: **R DOMINGOS DE MORAIS 2187, CONJUNTO 418 BLOCO B - Vila Mariana - CEP: 04035-000**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**

CONSULTA DA MENOR LIVIA MIDORI TANIGUCHI

DATA DE NASCIMENTO 30/05/2016

DRA KETTY LAMENZA MACIEL CRM 72908 - PEDIATRA

*Dra. Ketty Lamenza Maciel*  
 Pediatra  
 CRM: 72908

**VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 150,00**

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
<b>04111 - Medicina e biomedicina (sociedade de profissionais).</b>				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
<b>0,00</b>	<b>150,00</b>	<b>*</b>	<b>*</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) O código de serviço referente a esta NFS-e não gera crédito;  
 (3) Esta NFS-e foi emitida por prestador de serviços constituído em acordo ao art. 15 da Lei 13.701/2003;