

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: 1062503590001103

DADOS DO SEGURADO

Nome do Paciente: JOAO PEDRO DE SALES RAJAO

Número do Cartão: _____

Nome do Segurado Titular: ANDRE LUIZ RAJAO NEBIASTel.: (11) 99915-3934Empresa: GLAUKOS

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: 735.628.906-72

Nome do Banco: _____

Nº do Banco: _____

Nº da agência: _____

Dígito: _____

Nº da conta-corrente: _____

Dígito: _____

DADOS DO REEMBOLSO

Códigos de Atendimento: 1. Consulta Consultório / 2. Consulta Domicílio* / 3. Honorários Médicos* / 4. Exames de Diagnóstico / 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
3	RENATA MELISSA C MACEDO	012.259.296-44		63137

Especialidade: FONOTERAPIA

Sintomas / Diagnóstico: _____

Valor Total dos Recibos Anexos: 1.190,00

Local: _____

Data: 10.29.05-Assinatura do Segurado Titular: 3 NOTAS

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 Diagnóstico	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).

RECIBO

Nº

VALOR

#340,00#

Recebi (emos) de Andre Luiz Rajão Nebias

a quantia de (trezentos e quarenta reais) —

Referente à 2 sessões de fonoterapia do seu filho João Pedro Sales Rajão Nebias nos dias 10 e 18/12/18 e para clareza firmo (amos) o presente.

BAré, 18 de dezembro de 2018

Assinatura

Renata Melissa C. Macedo

Nome

Fonoaudióloga

CPF / RG

01225929644

CRFa 6 - 3137

**RECIBO**

Nº

VALOR

#170,00#

Recebi (emos) de Andre Luiz Rajão Nebias

a quantia de (cento e setenta reais) —

Referente à 1 sessão de fonoterapia do seu filho João Pedro Sales Rajão Nebias no dia 29/10/18 e para clareza firmo (amos) o presente.

BAré, 5 de novembro de 2018

Assinatura

Renata Melissa C. Macedo

Nome

Fonoaudióloga

CPF / RG

01225929644

CRFa 6 - 3137

**RECIBO**

Nº

VALOR

#680,00#

Recebi (emos) de Andre Luiz Rajão Nebias

a quantia de (seiscentos e oitenta reais) —

Referente à 4 sessões de fonoterapia do seu filho João Pedro de Sales Rajão Nebias nos dias 5, 12, 19, 26/11/18 e para clareza firmo (amos) o presente.

BAré, 26 de novembro de 2018

Assinatura

Renata Melissa C. Macedo

Nome

Fonoaudióloga

CPF / RG

01225929644

CRFa 6 - 3137

