

SPMSA

Solicitação de Reembolso



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.

 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: B	radesco Saúde – De	partamento d	le Reembolso		
Número do Cartão do Pa	ociente:	5 N	lome do Paciente:	Read	iz de	Oliveria Ve	entimero) 3934
E-MAIL: benefic	ciós JQV	Segura	a. com. k	08.	0		e número) 3934
		Aceito	receber Informaçõe	s de Reembo	Iso por E-mail/S	MS - 😝 SIM 🗌 NÃO	
Nome do Segurado Titu	lar da apólice:	Nam	nd hoe	ha c	la Silv	8	CPF do Segurado Titular: 0978 781 5460
Tipo de Processo: ☐ REANÁ	LISE COMF	LEMENTO	Local de Entrada: Sucursal	Agência	Código	Nome do Local de Entrada:	
Documentação desta so Quantidade de document		Valor Tota	Il dos Recibos: R\$	600	000	A Bradesco Saúde poderá caso seja necessário.	solicitar documentos complementares,
06 a 41/1							1ª via - Segurador

Para análise do reembolso das despesas cobertas pelo seguro, é necessária a entrega da documentação completa, conforme abaixo: A RECIBONIOTA FISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR (inclusive consulta) Nome do paciente, data do atendimento, discriminação do reobo item a item da(s) despesa(s) com valores unitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPF/CNPJ do prestador, endereço e telérône do prestador para eventual contato, número do conselho de classes do prestador, especialidade, assinatura e carrimbo do profissional que prestou o atendimento. Descrição do material, marca, modelo e fabricarian, no caso do estomias. OBS. 1. Nos casos de cobrança de honorários médicos, informar a participação na equipe cirúrgica ou, nos casos de atendimentos clinicos, a quantidade e as datas das visitas 2: Recibos do Pagamento a Autónomo (RPA) asó so vialidos para reembolso. B ALEM DO RECIBO, FAZ-SE NECESSARIO O ENVIO DAS SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFORME O(S) PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): 1 — EXAMES O Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2 — TERAPIAG (Fisioterrapia, Psicoterapia, Feneterrapia, Nutrição, Acupentura, Terapia Ceupscional) Relatório do médico que indicou o tralamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro clinico atual e relatibro do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta. SERVAÇÕES: 1.4 SOLICITAÇÃO DA TERAPIA DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MEDICO (CRNI). 2 — MICADO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MEDICO (CRNI). 2 — RELATION MORARIOS MÉDICOS 3 — PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 3 — PROCEDIMENTOS AMBULANCIA 4 — REMOÇÕES EM AMBULA ANCIA A REMOÇÕES EM AMBULANCIA A PROCEDIMENTOS AMBULANCIA 3 — PROCEDIMENTOS AMBULANCIA 4 — REMOÇÕES EM AMBULANCIA 5 — ROBANCIA de partida e destino, tipo de exidamentos velitados. 4 — REMOÇÕES	Documentação desta solicitação: Quantidade de documentos:	A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário.
Para análise do reembolso das despesas cobertas pelo seguro, é necessária a entrega da documentação completa, conforme abalixo: A RECIBONOTA RISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR (inclusive consulta) Nome do paciente, data do atendimento, discriminação do recibo item a tiem da(s) despesad(s) com valores unitários, nome têcnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPFICNPJ do paciente, data do atendimento, discriminação do recibo item a tiem da(s) despesados para reembola do conseño. Procede de Pagamento a Autónomo (RPA) não ado validos para reembolac. 2. Recibos de Pagamento a Autónomo (RPA) não ado validos para reembolac. 3. Recibos de Pagamento a Autónomo (RPA) não ado validos para reembolac. 4. Recibos de Pagamento a Autónomo (RPA) não ado validos para reembolac. 5. Recibos de Pagamento a Autónomo (RPA) não ado validos para reembolac. 6. ALEM DO RECIBO, FAZ-SE NECESSÁRIO O ENVIO DAS SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFORME O(S) PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): 7. TRATAMENTO GOLULAR QUIMIOTERAPICO COM ANTIANGIGGÊNICO 1. Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2. TERAPIAS (Fisioterapia, Palceterapia, Palceterapia, Nancição, Acapentura, Terapia Ocupacional) Relatório médico que indicou o tratamento constando: nome do pastiente, etiloprofisos, descrição e indiceção para a terapia proposta. Relatório médico com o procedimento realizado, laudo dos exames (imagem e anatomopatológico); boleim operatório datado, assinado e carimbo legível. 9. **INTERNAÇÃO** Relatório médico com atendo de protector de carimbo legível. 9. **INTERNAÇÃO** Relatório médico com a la procede de carimbo legível. 9. **INTERNAÇÃO** Relatório médico com a la procede de carimbo legível. 9. **INTERNAÇÃO** Relatório médico com la procediminação tena a itema das despesas hospitalares/ ambulatoria, encaminhar descriminação com valores unitários de malerias e mediciamentos utilizados. 1. **PROCEDIMENTOS AMBULATORIAS** 1. **PROCEDIMENTOS AMBULATORIAS** Relatório médico contiando; nome do paciente, di	Quantidade de documentos.	
A RECIBONOTA FISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR (inclusive consulta) Nome do paciente, data do alendimento, discriminação do recibo item a item daís) despesaís) com vaiores unitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPFICNPJ do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contacto, número do conseiho 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 obtamaça 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 SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFOME O(s) PROCEDIMENTO(s) REALIZADO(s): - EXAMES Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2 - TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Foncterapia, Nutrição, Accupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório médico o médicio que indicou o tratamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro clinico atual e relatório do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta a consciente de data das sessões e consciente de paciente, diagnóstico e tratamento realizado. SOS CASOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ENVADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS A DOEKÇA. - RELACIONADOS ON pala, Se houver despesa hospitalar/ambulatorial, encaminhar discriminação do valor do honoránio médico. - Relatório médico constando; nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizados. - Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou Simples) e discriminaçã		1º via - Seguradora
A RECIBONOTA FISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR (inclusive consulta) Nome do paciente, data do alendimento, discriminação do recibo item a item daís) despesaís) com vaiores unitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPFICNPJ do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contacto, número do conseiho 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 obtamaça 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 SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFOME O(s) PROCEDIMENTO(s) REALIZADO(s): - EXAMES Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2 - TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Foncterapia, Nutrição, Accupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório médico o médicio que indicou o tratamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro clinico atual e relatório do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta a consciente de data das sessões e consciente de paciente, diagnóstico e tratamento realizado. SOS CASOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ENVADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS A DOEKÇA. - RELACIONADOS ON pala, Se houver despesa hospitalar/ambulatorial, encaminhar discriminação do valor do honoránio médico. - Relatório médico constando; nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizados. - Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou Simples) e discriminaçã		
A RECIBONOTA FISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR (inclusive consulta) Nome do paciente, data do alendimento, discriminação do recibo item a item daís) despesaís) com vaiores unitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPFICNPJ do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contacto, número do conseiho 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 obtamaça 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 SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFOME O(s) PROCEDIMENTO(s) REALIZADO(s): - EXAMES Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2 - TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Foncterapia, Nutrição, Accupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório médico o médicio que indicou o tratamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro clinico atual e relatório do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta a consciente de data das sessões e consciente de paciente, diagnóstico e tratamento realizado. SOS CASOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ENVADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS A DOEKÇA. - RELACIONADOS ON pala, Se houver despesa hospitalar/ambulatorial, encaminhar discriminação do valor do honoránio médico. - Relatório médico constando; nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizados. - Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou Simples) e discriminaçã		
A RECIBONOTA FISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR (inclusive consulta) Nome do paciente, data do alendimento, discriminação do recibo item a item daís) despesaís) com vaiores unitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPFICNPJ do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contacto, número do conseiho 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 obtamaça 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 SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFOME O(s) PROCEDIMENTO(s) REALIZADO(s): - EXAMES Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2 - TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Foncterapia, Nutrição, Accupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório médico o médicio que indicou o tratamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro clinico atual e relatório do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta a consciente de data das sessões e consciente de paciente, diagnóstico e tratamento realizado. SOS CASOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ENVADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS A DOEKÇA. - RELACIONADOS ON pala, Se houver despesa hospitalar/ambulatorial, encaminhar discriminação do valor do honoránio médico. - Relatório médico constando; nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizados. - Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou Simples) e discriminaçã		
A RECIBONOTA FISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR (inclusive consulta) Nome do paciente, data do alendimento, discriminação do recibo item a item daís) despesaís) com vaiores unitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPFICNPJ do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contacto, número do conseiho 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 obtamaça 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 SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFOME O(s) PROCEDIMENTO(s) REALIZADO(s): - EXAMES Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2 - TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Foncterapia, Nutrição, Accupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório médico o médicio que indicou o tratamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro clinico atual e relatório do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta a consciente de data das sessões e consciente de paciente, diagnóstico e tratamento realizado. SOS CASOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ENVADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS A DOEKÇA. - RELACIONADOS ON pala, Se houver despesa hospitalar/ambulatorial, encaminhar discriminação do valor do honoránio médico. - Relatório médico constando; nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizados. - Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou Simples) e discriminaçã		
A RECIBONOTA FISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR (inclusive consulta) Nome do paciente, data do alendimento, discriminação do recibo item a item daís) despesaís) com vaiores unitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPFICNPJ do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contacto, número do conseiho 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 obtamaça 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 SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFOME O(s) PROCEDIMENTO(s) REALIZADO(s): - EXAMES Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2 - TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Foncterapia, Nutrição, Accupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório médico o médicio que indicou o tratamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro clinico atual e relatório do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta a consciente de data das sessões e consciente de paciente, diagnóstico e tratamento realizado. SOS CASOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ENVADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS A DOEKÇA. - RELACIONADOS ON pala, Se houver despesa hospitalar/ambulatorial, encaminhar discriminação do valor do honoránio médico. - Relatório médico constando; nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizados. - Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou Simples) e discriminaçã		
Nome do paciente, data do alendimento, discriminação do recibo item a Item da(s) despesa(s) com valores unitários, nome técnico do(s) procedimentos) realizado(s). CPFICNPJ do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contato, número do conseño de classe do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profisional que prestou o prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profisional que prestou o alendimento. Descrição do material, marca, modelo e fabricante, no caso de ostomias. OBS. 1: Nos casos de cobrança de honorários médicos, informar a participação ne capital de carimbo do profisional que relativo de substante a valor de capital de valor de la capital de capital de la capital de capital de la capital d	Para análise do reembolso das despesas cobertas pelo seguro, é necessária a entrega	da documentação completa, conforme abaixo:
prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contato, número do conseiho de classe do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o atendimento. Descrição do material, amora, 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: Reclbos de Pagamento a Autônomo (RPA) não são válidos para reembolso. B ALEM DO RECIBO, FAZ-SE NECESSÁRIO O ENVIO DAS SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFORME O(S) PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): 7-EXAMES Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2-TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório do médico que indicação para e terapia proposta. Sessões, descrição e indicação para a terapia proposta. SOSERENAÇÕES: 1. A SOLICITAÇÃO DA TERAPIA DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MÉDICO (GRM). 2. EM CASO DE CONTINUIDAE; O RELATÓRIO DEVERÁ SER ETUALIZADO APÓS 4 MESES. NOS CASOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ENVIADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS A DOENÇA. 3-PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS Relatório médico contando: 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 despesas 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 e mix mix, local de partida e destino, tipo de ambulância (UT1 ou Simples) e discriminação com valores unitários de materiais e medicamentos utilizados. 5-DIÂLISES, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida e mix mix, local de partida e destino, tipo d	A RECIBO/NOTA FISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR (inclusive consulta)	
altendimento. Descrição do material, marca, modelo e fabricante, no caso de ostomias OBS. 1: Nos casos de obrança 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 Autónomo (RPA) não são válidos para reembolso. B ALEM DO RECIBIO, FAZ-SE NECESSÁRIO O ENVIO DAS SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFORME O(S) PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): 1—EXAMES Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2—TERAPÍAS (risisterapia, Paicoterapia, 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, escrições e indicação para a terapia proposta. OBSERVAÇÕES: 1. A SOLICITAÇÃO DA TERAPÍA DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MEDICO (CRM). NOS CASOS DE FISIOTERAPÍA, DEVERÁ SER ENVIADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS A DOBROA. 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. Relatório médico constando: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, encaminhar descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados. Relatório médico constando: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, encaminhar descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados. Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UT1 ou Simples) e discriminação do valor do honorário médico. Se houver despesas hospitalar/ambulatoria, encaminhar discriminação do valor do honorário médico, indicação, data da remoção, distância percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UT1 ou Simples) e d	Nome do paciente, data do atendimento, discriminação do recibo item a item da(s) despes	sa(s) com valores unitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPF/CNPJ do
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 reembolsos. B ALÉM DO RECIBO, FAZ-SE NECESSÁRIO O ENVIO DAS SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFORME O(S) PROCEDIMENTO(S): REALIZADO(S): 1 - EXAMES Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2 - TERAPIAS (Fisitotrapia, Psicotrapia, 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 - EN CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER ATUALIZADO APÓS 4 MESES. 3. NOS CASOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ATUALIZADO APÓS 4 MESES. 3. NOS CASOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ATUALIZADO APÓS 4 MESES. 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. A - REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS PROCEDIMENTOS		de classe do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o
2: Recibos de Pagamento a Autônomo (RPA) não são válidos para reembolso. B ALÉM DO RECIBO, FAZ-SE NECESSÁRIO O ENVIO DAS SEGUINTES 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, 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 (CRN). 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER ENVIADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS À ODENÇA. 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 hospitalarriambulatorial, 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 (UT1 ou Simples) e discriminação do valor do honorário médico. 5 - DIÁLISES, QUIMIOTERAPIA EARIOTERAPIA Relatório médico com diagnóstico, indicação para o tratamento, planejamento terapéutico, número de sessões com suas datas e valores pagos. Encaminhar discriminação item a ilem das despesas hospitalares/ambulatorials com os respectivos valores unitários. 11 - VASECTOMIAS Declaração de Consentimento assinada, carimbada pelo médico consente e cônjuge com firma reconhecida em cartório. OBSERVAÇÃO: FORMULARIO DISPONÍVEL NO SITE DA SEGURADORA OU NAS UNIDADES DE ATRINDIMENTO. 12 - OSTOMIAS Poca da região abdominal e do sistema digestó		
B ALÉM DO RECIBO, FAZ-SE NECESSÁRIO O ENVIO DAS SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFORME O(S) PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): 1 - EXAMES Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). C - TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório do médico que indicou o tratamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro dínico 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 ERLACIONADOS 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. Nos casos de pequenas cirurgias, encaminhar descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados. C Laudo anatomopatológico e/ou exames, previamente realizados, relacionados à doença (caso haja). Se houver despesa hospitalariambulatorial, 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 in a litem das despesas hospitalares/ambulatorials com cambinado de valores constantiros de materiais e medicamentos utilizados. 5 - DIÁLISES, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA Relatório médico condendo: diagnóstico e indicação para o tratamento, planejamento terapêutico, número de s		ipe cirúrgica ou, nos casos de atendimentos clínicos, a quantidade e as datas das visitas.
T-TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERAPICO COM ANTIANGIOGÉNICO Laudo da Tomografia de Coerência Óptica (OCT) Laudo da Tomografia		ITAÇÕES CONFORME O(S) PROCEDIMENTO(S) PEALIZADO(S)
□ Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2 - TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional) □ Relatório do médico que indicou o tratamento constando: nome do paciente, diagnóstico, quadro clínico atual e relatório do prestadar 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. □ Relatório médico com o procedimento realizado, laudo dos exames (imagem e anatomopatológico), boletim operatório datado, assinado e carimbo legível. 9 - INTERNAÇÃO □ Relatório médico com diagnóstico, tempo de evolução, descrição e período da internação. Encaminhar discriminação com serspectivos 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 de Consentimento assinada, carimbada pelo médico assistente, pelo paciente e odipuge com firma reconhecida em cartório. OBSERVAÇÃO: FORMULÂRIO DISPONÍVEL NO SITE DA SEGURADORA OU NAS UNIDADES DE ATENDIMENTO. 12 - OSTOMIAS □ Polativa (Proposito datado, assinado e carimbo do sestema digestório douridado com diagnóstico, tempo de evolução, descrição e período da internação. Encaminhar tienciminação do valor do honorário médico. 13 - PROCED		
Pelatório 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. BOSERVAÇÕES: 1. A SOLICITAÇÃO DA TERAPIA DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MÉDICO (CRM). 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MÉDICO (CRM). 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO 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 com diagnóstico, tempo de evolução, descrição e periodo da internação. Encaminhar discriminação devalor valores unitários de materiais e medicamentos utilizados. 4. REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA Relatório médico com diagnóstico, tempo de evolução, descrição e periodo da internação. Encaminhar discriminação devalor de honorário medico constandos do valores unitários de materiais e medicamentos utilizados. 4. REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA Relatório médico constando do valores pagos. Encaminhar discriminação do valor do honorário médico. DESERVAÇÃO: FORMULÂRIO DISPONÍVEL NO SITE DA SEGURADORA OU NAS UNIDADES DE ATENDIMENTO. 12. OSTOMIAS Relatório médico com diagnóstico, terapo de evolução, descrição e periodo da internação. Encaminhar discriminação do valor do honorário médico. DESERVAÇÃO: FORMULÂRIO DISPONÍVEL NO SITE DA SEGURADORA OU NAS UNIDADES DE ATENDIMENTO. 12. OSTOMIAS Relatório médico com diagnóstico, tempo de evolução, descrição e periodo da internação. DE ATENDIMENTO. 13. PROCEDIMENTO. 14. PROCEDIMENTO. 15. DIÁLISES, QUIMIOTERAPIA E		The state of the s
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 MEDICO (CRM). 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER ENVIADO LAUDO DE EXAMES RELACIONADOS À DOENÇA. 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 (INDIOTERAPIA) (INDIOT	Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s).	
diagnóstico, quadro clínico atual e relatório do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta. MEDICO (CRM). 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MÉDICO (CRM). 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 otem ateriais 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/ambulatorials com os respectivos valores unitários da a demissão, nome do paciente, valor pago, 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 contendo: 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/ambulatorial encaminhar discriminação de materiais e medicamentos utilizados. 11 - VASECTOMIA E LAQUEADURA Declaração de Consentimento assinada, carimbada pelo médico assistente, pelo paciente e cônjuge com firma reconhecida em cartório. 08SERVAÇÃO: FORMULÁRIO DISPONÍVEL NO SITE DA SEGURADORA OU	2 – TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, Fonoterapia, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional)	8 - HONORÁRIOS MÉDICOS
diagnóstico, quadro clínico atual e relatório do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta. MEDICO (CRM), 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MÉDICO (CRM), 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 ot me alores 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/ambulatorials com os respectivos valores unitários. 9 - INTERNAÇÃO Relatório médico detalhado com diagnóstico, tempo de evolução, descrição e período da internação item a item das despesas hospitalares/ambulatorials 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 de tenalhada, marca e modello. 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 méd	Relatório do médico que indicou o tratamento constando: nome do paciente.	Relatório médico com o procedimento realizado, laudo dos exames (imagem e
OBSERVAÇÕES: 1. A SOLICITAÇÃO DA TERÁPIA 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 de constant dos 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 contendo: diagnóstico e indicação para o tratamento, planejamento terapêutico, número de sessões com suas datas e valores pagos. Encaminhar discriminação de constar: doença de base que levou à confeçção do estoma, tipo de cirurgia realizada, permanência do estoma, tipo de estomia, alça terminal, duas bocas ou outras, localização da procedimento cirúrgico, quadro clínico atual e definição dos equipamentos necessários.		
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. Relatório médico constando: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, encaminhar descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados. PROTESES E ÓRTESES Nota Fiscal ORIGINAL do fornecedor/distribuidor/flabricante na qual deverão constar nome e CNPJ do emilente, 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. Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância paciente e cônjuge com firma reconhecida em cartório. Relatório médico con diagnóstico e indicação para o tratamento, planejamento terapêutico, número de sessões com suas datas e valores pagos. Encaminhar discriminação do		Q _ INTERNAÇÃO
2. EM CÀSO 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. Relatório médico constando: nome do paciente, 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 con 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 do procedimento cirúrgico, quadro clínico atual e definição dos equipamentos necessários.		5 - III LINAYAO
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. 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.	2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER ATUALIZADO APÓS 4 MESES.	
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.		
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 con 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.	RELACIONADOS A DOENÇA.	
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.	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	10 - PRÓTESES E ÓRTESES
Nos casos de pequenas cirurgias, encaminnar descrição detainada 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 terapêtutico, número de sessões com suas datas e valores pagos. Encaminhar discriminação item a item das despesas hospitalares/ambulatoriais com os respectivos valores unitários.	Relatório médico constando: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado.	☐ Nota Fiscal ORIGINAL do fornecedor/distribuidor/fabricante na qual deverão
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. 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.		
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. 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 realização do procedimento cirúrgico, quadro clínico atual e definição dos equipamentos necessários.		
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. 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 realização do região abdominal e do sistema digestório ou urinário, data da realização do procedimento cirúrgico, quadro clínico atual e definição dos equipamentos necessários.		11 VASECTOMIA E I AQUEADUDA
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. Declaração de Consentimento assinada, carimbada pelo medico 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.		
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. DESERVAÇÃO: 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.		
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. 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.		
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. 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.		
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. 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.		12 - OSTOMIAS
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. 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.	5 – DIÁLISES, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA	Relatório médico no qual deverão constar: doenca de base que levou à confecção
terapêutico, número de sessões com suas datas e valores pagos. Encaminhar discriminação item a item das despesas hospitalares/ambulatoriais com os respectivos valores unitários. 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.		do estoma, tipo de cirurgia realizada, permanência do estoma, tipo de estomia, alça
valores unitários. definição dos equipamentos necessários.	terapêutico, número de sessões com suas datas e valores pagos. Encaminhar	terminal, duas bocas ou outras, localização da região abdominal e do sistema digestório
	valores unitarios.	definição dos equipamentos necessários.

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

☐ Relatório	médico	informando	0	diagnóstico,	a	indicação,	a	dose	preconizada	е	0
planejamento	terapêu	tico.									

☐ Prescrição									
OBSERVAÇÃO:	A PRES	CRIÇÃO	MÉDIC	CA DEVER	Á SER	ATUALI	ZADA ME	NSALME	NTE

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

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.

Cód. Mat.: 72.034-8

05/2018

Karina dos Reis Rodrigues

Psicóloga CRP 06/139124 CPF: 368.574.618-99

Atesto para os devidos fins que a paciente Beatriz de Oliveira Pereira, portadora do RG 42.564.356-6 e do CPF 367.006.248-35, precisa e, portanto, realizará atendimento psicológico devido ao CID F.33.

Me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Obrigada!

São Paulo, 27 de novembro de 2018

Karina dos Reis Rodrigues Psicóloga CRP 06/139124

Karina dos Reis Rodrigues



RECEITA

Rede Dor São Luiz - Villa Lobos

Registro: Leito:

Data / Hora: 13/11/2018 21:31

Paciente: Beatriz de Oliveira

Data Nasc:

Idade: 24

Sexo:

Endereço: Rua Boqueirão do Leão, 83 casa2 - Burgo Paulista - São Paulo - SP

ENCAMINHAMENTO:

À PSICOLOGIA

SOLICITO CONSULTA PARA A PACIENTE.

HD: TRANSTORNO ANSIOSO

SEL SAL 92-MAD. SWO

Ocorrendo qualquer anormalidade retorne a este serviço

Rua Lituânia, 260 - São Paulo - SP - CEP 03184020 - Fone: 3239-4781

Impresso em: 13/11/2018 21:31:45

CATE305

ivera Pereira
realizadas em
18,2\$/11/18 —
mes and more de 2018
CRP 06/139/24 CPF/RG 3685/4.G18-99
SCHOOL .

.