

PROTOCOLO DE ENTREGA

Empresa: Vida Segura

Ref: Recibo para reembolso

Paciente	Data	Descrição
Carlos Alberto Cutrim	30/11/2018	Referente à consulta médica: Quantidade: 01 Valor: R\$ 250,00

São Paulo, 5 de dezembro de 2018



Letícia Lima

CGA_{geo} Meio Ambiente e Geologia.

Declaro haver recebido nesta data, da empresa Cutrim & Gutierrez Assessoria em Geologia Ltda. (CGA_{geo}), o conteúdo descrito acima.

Recebido por:.....

Assinatura/Carimbo:.....

Data: ____/____/____

PROTOCOLO DE ENTREGA

Empresa: Vida Segura

Ref: Recibo para reembolso

Paciente	Data	Descrição
Carlos Alberto Cutrim	23/10/2018	Referente à consulta médica: Quantidade: 01 Valor: R\$ 400,00

São Paulo, 27 de novembro de 2018



Letícia Lima

CGA_{geo} Meio Ambiente e Geologia.

Declaro haver recebido nesta data, da empresa Cutrim & Gutierrez Assessoria em Geologia Ltda. (CGA_{geo}), o conteúdo descrito acima.

Recebido por:.....

Assinatura/Carimbo:.....

Data: ____/____/____



CGA

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: 810 143 000 019 018	Nome do Paciente: Carlos Alberto Cutrim	
E-MAIL: beneficiarios1@vsegura.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: Angelica Souza G. Cutrim	CPF do Segurado Titular: 030.558.906-71	
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
Nome do Local de Entrada:		
Documentação desta solicitação: Quantidade de documentos: 2		Valor Total dos Recibos: R\$ 650,00
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

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



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

20181130030058810000160

Número da Nota

00000248

Data e Hora de Emissão

30/11/2018 17:02:15

Código de Verificação

BTIX-CUSY**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **30.058.810/0001-60**Inscrição Municipal: **5.932.049-4**Nome/Razão Social: **CLINICA URO ONCO SERVICOS MEDICOS LTDA**Endereço: **R BORGES LAGOA 1060, CONJ 52 - Vila Clementino - CEP: 04038-002**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **CARLOS ALBERTO CUTRIM**CPF/CNPJ: **271.979.008-75**Inscrição Municipal: **---**Endereço: **Rua RUA SATA CRESCENCIA 148 CS 13 - FERREIRA - CEP: 05524-020**Município: **São Paulo**UF: **SP**E-mail: **l48@dellavia.com.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **---**Nome/Razão Social: **---****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente a consulta médica com Dr. Bruno Benigno em 30/11/2018

DR. BRUNO BENIGNO

CRM 126265

Dr. Bruno Benigno
Orologista
CRM 126265

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 250,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 04030 - Medicina e biomedicina.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	250,00	2,00%	5,00	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;

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

RPS Nº 6158, emitido em 23/10/2018

20181023u08177257000125

Número da Nota

00006158

Data e Hora de Emissão

23/10/2018 10:30:04

Código de Verificação

YM5L-WM7N**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **22.151.295/0001-30**Inscrição Municipal: **5.204.630-3**Nome/Razão Social: **DR ALEXANDRE FERREIRA CLINICAMEDICA ENDOCRINOLOGIA EIRELI EP**Endereço: **AV DOUTOR GUILHERME DUMONT VILLARES 00839, CONJ 32 - JD LONDRINA - CEP: 05640-001**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **CARLOS ALBERTO CUTRIM**CPF/CNPJ: **271.979.008-75**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **----**Município: **São Paulo**UF: **SP**E-mail: **----****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente à consulta médica em consultório de endocrinologia. Dr. Alexandre Ferreira CRM 108116.

Alexandre Ferreira
Endocrinologia
CRM 108.116

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 400,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
04030 - Medicina e biomedicina.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	400,00	2,00%	8,00	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) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 6158, emitido em 23/10/2018; (4) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/11/2018;