

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: 846973100086015	Nome do Paciente: Beatriz de Oliveira Pereira	
E-MAIL: beneficiarios@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: Daniel Rocha da Silva		CPF do Segurado Titular: 0978 781 5460
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: 1 Valor Total dos Recibos: R\$ 600,00		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 de quimioterápico oral.

É necessário o envio da documentação para que haja o entendimento dos valores cobrados e a análise de reembolso, conforme a resolução da ANS vigente à época do evento.

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.

Karina dos Reis Rodrigues

Psicóloga

CRP 06/139124

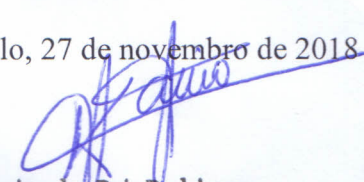
CPF: 368.574.618-99

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

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

Dr. Camille Salgado Ferraz
MÉDICA
CRM-SP 165.370**Ocorrendo qualquer anormalidade retorne a este serviço****Rua Lituânia, 260 - São Paulo - SP - CEP 03184020 - Fone: 3239-4781**

RECIBO

Nº

VALOR

R\$ 600,00

Recebi (emos) de Beatriz de Oliveira Pereira

a quantia de Seiscentos Reais

Referente à Sessões de Terapia realizadas em
06/11/18, 13/11/18, 23/11/18, 24/11/18
e para clareza firmo (amos) o presente.

São Paulo, 24 de novembro de 2018

[Assinatura]
Karina dos Reis Rodrigues
Psicóloga

Assinatura

CRP 06/139124

CRP 06/139124

Nome

Karina dos Reis Rodrigues

CPF / RG

368.514.618-99

