

PROTOCOLO DE ENTREGA

Empresa: Vida Segura

Ref: Recibo para reembolso

Paciente	Data	Descrição
Angélica Souza G. Cutrim	04/12/2018	Referente à consulta: Valor: R\$ 400,00

São Paulo, 6 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
Angélica Souza G. Cutrim	19/11/2018	Referente à consulta: Valor: R\$ 400,00

São Paulo, 6 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
Angélica Souza G. Cutrim	05/12/2018	Referente à consulta: Valor: R\$ 3.720,00

São Paulo, 6 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: ____/____/____



CGA

Instruções Gerais
Autenticação Mecânica:

- Para receber o reembolso com agilidade e comodidade na conta do titular do seguro, cadastre previamente os dados bancários e os mantenha atualizados;
 - Caso o titular do plano tenha falecido, favor verificar instruções no site da Seguradora, atendimento das Sucursais ou ligar para a Central de Relacionamento;
 - Formas de pagamento de reembolso:
 - Crédito em Conta-corrente: Conforme informações bancárias do titular/beneficiário legal cadastrado;
 - 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: Bradesco Saúde – Departamento de Reembolso
Número do Cartão do Paciente: 810 143 000 019 000	Nome do Paciente: <i>Angelica Souza G. Cuntim</i>	
E-MAIL: <i>beneficiarios@vsegura.com.br</i>	Telefone Celular: (ddd e número) (11) 99915-3934	
Aceito receber Informações de Reembolso por E-mail/SMS - <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Nome do Segurado Titular da apólice: <i>Angelica Souza G. Cuntim</i>	CPF do Segurado Titular: <i>030.558.906-71</i>	
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
Documentação desta solicitação: Quantidade de documentos: <i>3</i>		Valor Total dos Recibos: R\$ <i>4.520,00</i>
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, Fonoaterapia, 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.

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.

 20181205u30798349000181	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e		Número da Nota 00000302	
			Data e Hora de Emissão 05/12/2018 17:11:25 Código de Verificação DK73-UJGJ	
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 30.798.349/0001-81 Inscrição Municipal: 6.007.976-2 Nome/Razão Social: ANA CAROLINA JUNQUEIRA FEROLLA CLINICA DERMATOLOGICA EIRELI Endereço: R AFONSO BRAZ 473, CONJ 26/46-A - Vila Nova Conceição - CEP: 04511-011 Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ANGELICA SOUZA GUTIERREZ CUTRIM CPF/CNPJ: 030.558.906-71 Inscrição Municipal: ---- Endereço: R DAVID BEN GURION 965, TORRE 3 APTO 34 - JARDIM MONTE KEMEL - CEP: 05634-001 Município: São Paulo UF: SP E-mail: angelica@cgageo.com.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
REFERENTE A PROCEDIMENTO DERMATOLOGICO				
DR ANA CAROLINA JUNQUEIRA FEROLLA CRM: 91139				
VALORES APROXIMADOS DOS TRIBUTOS IBPT 16,33% R\$ 607,47				
Dra. Ana Carolina J. Ferolla Dermatologista CRM 91139				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3.720,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
04197 - Clínicas e casas de saúde.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	3.720,00	2,00%	74,40	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: 10/01/2019;				

 <p>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 6246, emitido em 19/11/2018</p>	Número da Nota 00006244
	Data e Hora de Emissão 19/11/2018 16:06:33 Código de Verificação CPSM-C36I

20181119u08177257000125

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: ANGELICA SOUZA GUTIERREZ CUTRIM	
CPF/CNPJ: 030.558.906-71	Inscrição Municipal: ----
Endereço: R DAVID BEN GURION 955, TORRE 3 APTO 34 - JARDIM MONTE KEMEL - CEP: 05634-001	
Município: São Paulo	UF: SP E-mail: angelica@cgageo.com.br

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 6246, emitido em 19/11/2018; (4) 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 6340, emitido em 04/12/2018

20181204008177257000125

Número da Nota

00006297

Data e Hora de Emissão

04/12/2018 09:29:50

Código de Verificação

4BTX-GAJG**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: **ANGELICA SOUZA GUTIERREZ CUTRIM**CPF/CNPJ: **030.558.906-71**Inscrição Municipal: **---**Endereço: **R DAVID BEN GURION 955, TORRE 3 APTO 34 - JARDIM MONTE KEMEL - CEP: 05634-001**Município: **São Paulo**UF: **SP**E-mail: **angelica@cgageo.com.br****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\$) 0,00	Base de Cálculo (R\$) 400,00	Alíquota (%) 2,00%	Valor do ISS (R\$) 8,00	Crédito (R\$) 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 6340, emitido em 04/12/2018; (4) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/01/2019;