

Deve ser preenchido um formulário por paciente. (Preenchimento Obrigatório)

Nº do Cartão Allianz Saúde: 761192479400

## DADOS DO SEGURADO

Nome do Paciente: MATEUS DE ALMEIDA Número do Cartão: \_\_\_\_\_

Nome do Segurado Titular: MATEUS DE ALMEIDA

Tel.: (11) 99915-3934 Empresa: WTT Plano: \_\_\_\_\_

E-mail (preferencialmente do titular): beneficios1@vsegura.com.br

## ORIENTAÇÕES GERAIS

Conforme circular do BCB nº 3.710/2014, passa a ser obrigatória a informação do CPF do favorecido e, antes de efetivação do crédito, haverá a confirmação do CPF com a conta-corrente. Havendo divergências o crédito será recusado.

**Atenção:** o crédito ocorrerá conforme informações bancárias do titular do plano cadastradas na Allianz. Na ausência de tais informações serão utilizados os dados bancários e o reembolso estará sujeito a atrasos e não havendo a indicação dos dados corretos no prazo de até 5 dias úteis, o pagamento será efetuado automaticamente por emissão de cheque nominal ao titular.**Reembolsos acima de R\$10.000,00: é obrigatória a apresentação de cópia do RG, CPF e comprovante de residência do titular, conforme resolução normativa Nº 117/ANS de 30 de novembro de 2005.**

## DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO TITULAR – CAMPOS OBRIGATÓRIOS PARA PAGAMENTO DE REEMBOLSO

CPF do Segurado Titular: 37022468869 Nome do Banco: \_\_\_\_\_

Nº do Banco: \_\_\_\_\_ Nº da agência: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ Nº da conta-corrente: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_

## DADOS DO REEMBOLSO

**Códigos de Atendimento:** 1. Consulta Consultório / 2. Consulta Domicílio\* / 3. Honorários Médicos\* / 4. Exames de Diagnose / 5. Terapias\* / 6. Remoção\* / 7. Pronto-Socorro / Pequenos Atendimentos Ambulatoriais\* / 8. Despesas Hospitalares\* / 9. Outros.  
(\*): Obrigatória a apresentação de Relatório Médico.

## Indicação do Prestador (Preenchimento Obrigatório)

Cód.	Nome do Prestador	CNPJ/CPF	Telefone	CRM
1	CLINICA DE MEDICINA INTEGRATIVA EIRELI	26971287000190		125475

Especialidade: CONSULTA Sintomas / Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Valor Total dos Recibos Anexos: 250,00 Local: \_\_\_\_\_ Data: 07/01/2019

Assinatura do Segurado Titular: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

## Documentos Necessários para Reembolso

Tipo de Atendimento	Recibo/Fatura/Nota Fiscal Quitada	Relatório Médico Justificativo	Pedido Médico	Plano de Tratamento
Consulta Consultório	Obrigatório			
Consulta Domicílio	Obrigatório	Obrigatório		
Honorários Médicos	Obrigatório	Obrigatório		
Exames de Diagnose	Obrigatório		Obrigatório	
Terapias	Obrigatório	Obrigatório		Obrigatório
Remoções	Obrigatório	Obrigatório		
Pronto-Socorro / Peq. Atend. Amb.	Obrigatório	Obrigatório		
Despesas Hospitalares	Obrigatório	Obrigatório		

Todos os recibos, faturas ou notas fiscais deverão estar devidamente quitados e conter as seguintes informações:

- Nome completo do profissional ou entidade.
- CNPJ / CPF.
- Discriminação individualizada de cada item ou procedimento cobrado, contendo o preço unitário, quantidade preço total e tipo de despesas (diárias, taxas de materiais, medicamentos, exames ou terapias realizadas, consultas, etc).
- Tipo de atendimento.
- Nº do CRM.
- Data de atendimento ou período da prestação de serviços.
- Especialidade.
- Nome do Paciente.



**PREFEITURA DE MOGI DAS CRUZES**

08780-900 - AV VER NARCISO YAGUE GUIMARAES - CENTRO CIVICO - MOGI DAS CRUZES - SP

**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e**

Número RPS:

Número Nota Fiscal:

Data Emissão:

Chave:

**37****07/01/2019****JLKI-IFIR****CLINICA DE MEDICINA INTEGRATIVA EIRELI**AV PREF CARLOS FERREIRA LOPES, 703 SALA 1519 - VL MOGILAR  
MOGI DAS CRUZES - SP - CEP: 08773490

CNPJ/CPF: 26971287000190

Inscr. Estadual/RG:

Email:

Telefone:

CCM 85356

Inscr. Municipal:

**Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO CNAE: 8630-5/03**

Natureza Operação: Prestação de Serviços

Competência: 01/2019

Atividade: 04.01 - Medicina e biomedicina.

**Dados do Tomador de Serviço****Mateus de Almeida**

Rua Antônio Pinto Guedes 195, bloc 18 apto 2 - Cézar de Souza

Mogi das Cruzes - SP - - CEP: 08820-430

CNPJ/CPF: 370.224.688-69

Inscrição

Inscrição

E-mail:

End. Cobrança:

**Dados do Intermediário**

CNPJ/CPF:

Inscrição

Inscrição

- - - - CEP:

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor	Valor Total
1		Consulta Médica	250,00	250,00

Dr. Caio Henrique S. Pádua  
MEDICINA INTERNA

07 JAN. 2019

CRM: 125.475

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

Observação:

Total dos Serviços	250,00
Total de Deduções	0,00
ISS SEM RETENÇÃO	2,01 % 5,02
Desc. Incondicionado	0,00
Desc. Condicionado	0,00

Total da Nota	RETENÇÕES										Total Líquido				
250,00	ISS	0,00	IRRF	0,00	PIS	0,00	COFINS	0,00	CSLL	0,00	INSS	0,00	OUTROS	0,00	250,00

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: [www.mogidascruzes.sp.gov.br](http://www.mogidascruzes.sp.gov.br)