

PROTOCOLO DE ENTREGA

Empresa: Vida Segura

Ref: Recibo para reembolso

Paciente	Data	Descrição
Camila Ferreira	10/10/2018	Referente à consulta médica: Valor: R\$ 500,00

São Paulo, 25 de outubro 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 da Solicitação de Reembolso**Dados do Segurado**

Empresa Contratante CUTRIM GUTIERREZ LTDA			
Grupo Familiar ALEXANDRE NEGRI CAPELLOZZA	CPF 307.111.828-76	Cartão 810 143 000051 00 3	
Segurado LAVINIA FERREIRA CAPELLOZZA	CPF 307.111.828-76	Cartão 810 143 000051 03 7	Tipo: Normal

Dados do Beneficiário

Nome ALEXANDRE NEGRI CAPELLOZZA	CPF 307.111.828-76		
Forma de Pagamento Depósito em Conta Corrente	Banco 33	Agência 2083	Conta Corrente 1005582-6

Dados de Notificação

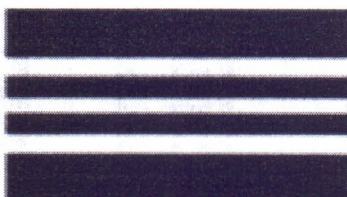
Telefone	Celular 11 - 999153934 Notificar por SMS	Email beneficios1@vsegura.com.br Notificar por E-mail
-----------------	---	--

Dados do Procedimento

Procedimento Consulta Ambulatorial	Qtd. Documentos Entregues 1	Valor total solicitado 500,00
Sucursal de Entrada Internet	Data de recepção	Data do Procedimento 10/10/2018

Documentação

Tipo	Original	Digital	CPF/CNPJ	Prestador	Valor	Data
17163587 - Recibo / Nota Fiscal	Não Recebido	Aguardando Validação	24240983000100	SOLAR PUERPERAL EIRELI	500,00	10/10/2018





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. Fimdo 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. Fimdo 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 0000 51 037	Nome do Paciente: <u>Lavinia Ferreira Capellozo</u>	
E-MAIL: <u>beneficiarios@vsaesura.com.br</u>	Telefone Celular: (ddd e número) <u>(11) 99915-3934</u>	
Aceito receber Informações de Reembolso por E-mail/SMS - <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Nome do Segurado Titular da apólice: <u>Alexandre negri Capellozo</u>	CPF do Segurado Titular: <u>307.151.828-76</u>	
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: <u>1</u> Valor Total dos Recibos: R\$ <u>500,00</u>		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 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, 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.

É necessária a entrega 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.

 20181010u24240983000100	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e		Número da Nota 00004461	
			Data e Hora de Emissão 10/10/2018 15:20:35	
		Código de Verificação AVR5-LABY		
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 24.240.983/0001-00		Inscrição Municipal: 5.440.060-0		
Nome/Razão Social: SOLAR PUERPERAL EIRELI-ME				
Endereço: R CARDOSO DE ALMEIDA 01734 - SUMARE - CEP: 01251-000				
Município: São Paulo		UF: SP		
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: CAMILA FERREIRA CAPELLOZZA		Inscrição Municipal: ----		
CPF/CNPJ: 309.706.348-03				
Endereço: R DAS CAMELIAS 29, APT 34 - MIRANDOPOLIS - CEP: 04048-060				
Município: São Paulo		UF: SP E-mail: godoicamila@yahoo.com.br		
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: ----		Nome/Razão Social: ----		
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
CONSULTA MÉDICO PEDIÁTRICO DO MENOR: Lavínia Ferreira Capellozza				
DATA: 10/10/2018				
DRA. VÂNIA MEDEIROS - CRM131.240				
 Dr.ª Vânia Medeiros Pediatra CRM 131.240				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 500,00				
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	500,00	2,00%	10,00	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: 10/11/2018;				