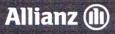
Solicitação de Reembolso

Saúde

Nº de Protocolo: (USO EXCLUSIVO ALLIANZ)



Deve ser preenchido um formulário por paciente. (Preenchimento Obrigatório) N° do Cartão **Allianz Saúde**: 761192479400DADOS DO SEGURADO Nome do Paciente: MATEUS DE ALMEIDA Número do Cartão: Nome do Segurado Titular: MATEUS DE ALMEIDA Tel: (11)99915-3934 Empresa: WTT E-mail (preferencialmente do titular): beneficios 1@vsegura.com.br 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: Dígito: ____ Nº da conta-corrente: _ Nº do Banco: N° da agência: _ Digito: DADOS DO REEMBOLSO 1. Consulta Consultório / 2. Consulta Domicílio* / 3. Honorários Médicos* / 4. Exames de Diagnose / 5. Terapias* / 6. Remoção* / Códigos de Atendimento: 7. Pronto-Socorro / Pequenos Atendimentos Ambulatoriais* / 8. Despesas Hospitalares* / 9. Outros (*): Obrigatória a apresentação de Relatório Médico Indicação do Prestador (Preenchimento Obrigatório) CNPI/CPF Telefone CRM Cód. Nome do Prestador CLINICA DE MEDICINA INTEGRATIVA EIRELI 26971287000190 125475 Especialidade: CONSULTA Sintomas / Diagnóstico: _ Valor Total dos Recibos Anexos: 250,00 Data: 07/01/2019 Assinatura do Segurado Titular: DOCUMENTOS NECESSÁRIOS Documentos Necessários para Reembolso Relatório Médico Justificativo Pedido Médico Tipo de Atendimento Recibo/Fatura/Nota Fiscal Quitada Plano de Tratamento Obrigatório Consulta Consultório Consulta Domicílio Obrigatório Obrigatório Honorários Médicos Obrigatório Obrigatório Exames de Diagnose Obrigatório Obrigatório Terapias Obrigatório Obrigatório Obrigatório Remoções Obrigatório Obrigatório Pronto-Socorro / Peg. Atend. Amb. Obrigatório Obrigatório

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

Obrigatório

- Nome completo do profissional ou entidade. CNPJ / CPF.
- Tipo de atendimento.

Despesas Hospitalares

- Data de atendimento ou período da prestação de serviços.
- CNPJ / CPF.
 Nº do CRM.
- Nº do CRN
- Especialidade.
- Nome do Paciente.
- 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).

Obrigatório



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:

07/01/2019

JLKI-IFIR

CLINICA DE MEDICINA INTEGRATIVA EIRELI

37

AV PREF CARLOS FERREIRA LOPES, 703 SALA 1519 - VL MOGILAR MOGI DAS CRUZES - SP - CEP: 08773490

CNPJ/CPF:26971287000190

Inscr. Estadual/RG:

Email:

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

E-mail:

End. Cobrança:

Dados do Intermediário

CNPJ/CPF:

Inscrição

Inscrição

- - - CEP:

Qtd Un Discriminação dos Serviços Valor

Valor Total

Consulta Médica

250,00

250,00

Dr. Caio Henrique S. Pádua MEDICINA INTERNA

0 7 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 Liquido RETENÇÕES Total da Nota 0,00 CSLL INSS IRRF PIS COFINS **OUTROS** 250,00 250,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00