

PROTOCOLO DE ENTREGA

Empresa: Vida Segura

Ref: Recibo para reembolso

Paciente	Data	Descrição	
Angélica Souza G. Cutrim	26/10/2018	Referente à consulta: Valor: R\$ 960,00	

São Paulo, 29 de novembro 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.

Assinatura/Carimbo:

Data:____/____



valores unitários

QUIMIOTERAPIA

planejamento terapêutico.

6 - TERAPIAS ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER E TERAPIA PARA TRATAMENTO DE EFEITOS COLATERAIS RELACIONADAS À

Relatório médico informando o diagnóstico, a indicação, a dose preconizada e o

Prescrição médica, datada, com carimbo e assinatura do médico assistente.

OBSERVAÇÃO: A PRESCRIÇÃO MÉDICA DEVERÁ SER ATUALIZADA MENSALMENTE.

Solicitação de Reembolso



Autenticação Mecânica:

Instruções Gerais 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;

Código: 5711 Dígito: 9 Destino: Bradesco Saúde - Departamento de Reembolso

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.

Nome do Segurado Titular da apólice:	Número do Cartão do Paciente: Nome do Paciente:	theus Gutierrez cuntin		
Aceito receber Informações de Reembolso por E-mail/SMSSIM NAO				
Tipo de Processo:	heneticios 16 V segura. com. br	(11) 99915-3934		
Tipo de Processo: Codigo Algorita Complemento Sucursal Agência Agência Agência desta solicitar documentos complementares, caso seja necessário. A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 1º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 1º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 1º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 1º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 1º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 1º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 1º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 1º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 1º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 1º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 1º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 2º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 3º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 3º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 3º vis - Seguradora A Bradesco Saúde poderá solicitar documentares, caso seja de decembra do complemento (seja seja seja seja seja seja seja seja				
Decumentação desta solicitar documentos: Valor Total dos Recibos: R\$ A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares, caso seja necessário. 1º via - Seguradora Para análise do reemboliso 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 represtador, necepcialidade, assinatura e carimbo do profesional que prestou o atendimento. Descrição do material, marca, modelo e fabricante, no caso de ostomias. OSS. 1. Nos casos de cobrança de honorários médicos, informar a participação na equipe cirúrgica ou, nos casos de atendimento 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 IALÉM DO RECIBO, PAZ-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 (Fisiotrapia, Piscotrapia, Fisostrapia, Fisostrapia, Fisostrapia, Recitorapia, Nutricipa, Acupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório médico do médico atala e relatório do prestador com a quantidade e data das sessões, descrição e indicação para a terapia proposta os sessões, descrição e indicação para a terapia proposta os sessões, descrição e indicação para a terapia proposta os sessões, descrição e indicação para a terapia proposta os sessões, descrição e indicação para a terapia proposta os sessões, descrição e indicação para a terapia proposta os sessões, descrição e indicação para a terapia proposta os sessões, descrição e indicação para a terapia proposta os sessões, descrição e indicação para a terapia proposta os sessos de pequenas cirurgias, encaminh	Angelica Souza 6	Futie wes Eutom 1030.558.90671		
Documentação desta solicitação: Quantidade de documentos: Valor Total dos Recibos: R\$ A RECIBONOTA FISCAL ORIGINAL DEVERA CONSTAR (inclusive consultar) Nome do paciente, data do atendimento, discriminação do recibo item a litem date) do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contato, número do conselho de classes do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contato, número do conselho de classes do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contato, número do conselho de classes do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contato, número do conselho de classes do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contato, número do conselho de classes do prestador, endereço e telefone do prestador para eventual contato, número do conselho de classes do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o stendimento. Descrição do metaleral, marca, modelo efabricante, no caso de ostomisa. 2: Recibos de Pagamento a Autônomo (RPA) não são válidos para reembolso. B ALEM DO RECIBO, FAZ-SE NECESSÁRIO O ENVIO DAS SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFORME O(S) PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): 1 - EXAMES 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 proposa. Sesenvações: 1. A SOLICITAÇÃO DA TERAPIA DEVERÁ SER ATUALIZADO APÓS 4 MESES. 3. NAS CASOS DE PISIOTERAPIA, DEVERÁ SER REINADO LAUDO DE EXAMES NINE CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER ATUALIZADO APÓS 4 MESES. 3. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS Relatório médico constando: nome do paciente, diagnóstico, etalicados. Nos CASOS DE PISIOTERAPIA, DEVERÁ SER REINADO LAUDO DE EXAMES Nos CASOS DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER ATUALIZADO APÓS 4 MESES. 3. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS Nos CASOS DE PISIOTERAPIA, DEVERÁ SER REINADO LAUDO DE EXAMES Nos CASOS DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SE		Código Nome do Local de Entrada:		
Para análise do reembolso das despesas cobertas pelo seguro, é necessária a entrega da documentação completa, conforme abaixo: A RECIBONOTA 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 dassee do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o atendimento. Descrição do material, marca, modelo e fabricante, no caso de ostomias. 2. Recibos de Pagamento a Autónomo (RPA) hão são validos para reembolso. B ALEM DO RECIBO, FAZ-SE NECESSÁRIO O ENVIO DAS SEGUINTES DOCUMENTAÇÕES CONFORME O(S) PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): 1 Solicitação do médico assistente e Laudo do(s) exame(s) realizado(s). 2 - TERAPIAS (Fisioterapia, Peicotrapia, 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. 2 - SECISOS DE FISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ETITA POR PROFISSIONAL 2 - EN CASO B CONTINUIDADA CO RELATÓRIO DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL 2 - EN CASO B CONTINUIDADA CO RELATÓRIO DEVERÁ SER ENVIADO LAUDO DE EXAMES Relatório médico constando: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de poquenas cirurgias, encaminhar descrição defalhada das lesões e os procedimentos realizados. 3 - PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS Relatório médico constando: nome do paciente, diagnóstico e tratamento realizado. Nos casos de poquenas cirurgias, encaminhar descrição defalhada das lesões e os procedimentos realizados. 1 - LA LUGO A DISTORA PROFISSIONAL 3 - PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS Nota Fiscal ORIGINAL do fornecedor/distribuidor/fabricante na qual deverão constando: médico constando: nome do paciente, v		A Bradesco Saúde poderá solicitar documentos complementares		
Para análise do reembolso das despesas cobertas pelo seguro, é necessária a entrega da documentação completa, conforme abaixo: A RECIBONOTA FISCAL ORIGINAL DEVERA CONSTAR (inclusive consulta) Nome do paciente, data do atendimento, discriminação do recibo item a item da(s) despesa(s) com valores umitários, nome técnico do(s) procedimento(s) realizado(s), CPF/CNPJ do repetador, enderego e telefone do prestador para eventual contato, número do conseiho de classe do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o atendimento. Descrição do material, marca, modelo e fabricante, no caso de estomias. 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 Autónomo (RPA) não são válidos para reembolso. B ALEM DO RECIBO, FAZ-SE NECESSÁRIO O ENVID 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, Pacoterapia, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório médico o assistente, o RELATÓRIO DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MEDICO (CRM). 2 - EN CASO E PISIOTERAPIA, DEVERÁ SER ENVIADO LAUDO DE EXAMES Relatório médico constandor, nome do paciente, diagnóstico, quadro clinico atual e relatório de prosectivos valores unitários. 3 - PROCEDIMENTOS AMBILLATORIAIS Relatório médico oconstandor, nome do paciente, diagnóstico, certamento realizado. Nos casos de pequenas cirurgias, encaminhar descripão detalhada das lesões e o procedimentos realizados. Nota Fiscal ORIGINAL do fornecedor/distribuidor/flabricante na qual deverão constan nome e CNP J do emitente, data da emissão, nome do paciente, valor pago, discrimação de conhecidos em ancherial e medicamentos utilizados. 1 - Laudo anatomopatológico e/ou exames, previamente realizados, relacionados a deonera (caso haja). Se houver despesa hospitalar/ambulator				
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 telefore do prestador para eventual contato, número do conselho de classes do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o atendimento. Descrição do meterali, 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 Autónomo (RPA) não são validos 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, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório o 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 MEDICO (CRM). 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MEDICO (CRM). 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. 10. PRÔTESES E ÓRTESES 11. VASECTOMIA E LAQUEADURA 12. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 13. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 14. REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA 15. PROTESES E ÓRTESES 16. PROTESES E ÓRTESES 17. PROTESES E ÓRTESES 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 19. PROTESES E ÓRTESES 19. PROTESES E ÓRTESES 10. PROTESES E ÓRTESES 1	Walter State of the Control of the C	1ª via - Seguradora		
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 telefore do prestador para eventual contato, número do conselho de classes do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o atendimento. Descrição do meterali, 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 Autónomo (RPA) não são validos 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, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório o 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 MEDICO (CRM). 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MEDICO (CRM). 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. 10. PRÔTESES E ÓRTESES 11. VASECTOMIA E LAQUEADURA 12. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 13. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 14. REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA 15. PROTESES E ÓRTESES 16. PROTESES E ÓRTESES 17. PROTESES E ÓRTESES 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 19. PROTESES E ÓRTESES 19. PROTESES E ÓRTESES 10. PROTESES E ÓRTESES 1				
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 telefore do prestador para eventual contato, número do conselho de classes do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o atendimento. Descrição do meterali, 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 Autónomo (RPA) não são validos 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, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório o 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 MEDICO (CRM). 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MEDICO (CRM). 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. 10. PRÔTESES E ÓRTESES 11. VASECTOMIA E LAQUEADURA 12. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 13. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 14. REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA 15. PROTESES E ÓRTESES 16. PROTESES E ÓRTESES 17. PROTESES E ÓRTESES 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 19. PROTESES E ÓRTESES 19. PROTESES E ÓRTESES 10. PROTESES E ÓRTESES 1				
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 telefore do prestador para eventual contato, número do conselho de classes do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o atendimento. Descrição do meterali, 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 Autónomo (RPA) não são validos 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, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório o 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 MEDICO (CRM). 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MEDICO (CRM). 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. 10. PRÔTESES E ÓRTESES 11. VASECTOMIA E LAQUEADURA 12. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 13. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 14. REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA 15. PROTESES E ÓRTESES 16. PROTESES E ÓRTESES 17. PROTESES E ÓRTESES 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 19. PROTESES E ÓRTESES 19. PROTESES E ÓRTESES 10. PROTESES E ÓRTESES 1				
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 telefore do prestador para eventual contato, número do conselho de classes 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 Autónomo (RPA) não são validos 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, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional) Relatório o 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 MEDICO (CRM). 2. EM CASO DE CONTINUIDADE, O RELATÓRIO DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL MEDICO (CRM). 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. 10. PROTESES E ÓRTESES 11. VASECTOMIA E LAQUEADURA 12. EMOÇÕES EM AMBULÂNCIA 13. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 14. REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA 15. PROTESES E ÓRTESES 16. PROTESES E ÓRTESES 16. PROTESES E ÓRTESES 17. PROTESES E ÓRTESES 18. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS 18. PROTESES E ÓRTESES 19. PROTESES E ÓRTESES 19. PROTESES E ÓRTESES 10. PROTESES E ÓRTESES 10. PROTESES E ÓRTESES 1				
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 fabriconate, 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, 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). SOLICITAÇÃO DA TERAPIA, DEVERÁ SER ENVIADO LAUDO DE EXAMES ESLACIONADOS À DOENÇA. RELACIONADOS À DOENÇA. 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 anationopatológico 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. 1-RENCÇÕES EM AMBULÂNCIA Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância	Para análise do reembolso das despesas cobertas pelo seguro, é necessária a entrega	da documentação completa, conforme abaixo:		
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, Peicoterapia, 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. OSSERVAÇÕES: 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 ELACIONADOS 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 hospitalarámbulatorial, encaminhar discriminação com valores unitários de materiais e medicamentos utilizados. Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância	A RECIBO/NOTA FISCAL ORIGINAL DEVERÁ CONSTAR (inclusive consulta)			
alendimento. 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 Autónomo (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, 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 AMBULATORIAS 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. Nos casos de pequenas cirurgias, encaminhar descrição detalhada das lesões e os procedimentos realizados, com valores unitários de materiais e medicamentos utilizados. Nos casos de pequenas cirurgias, encaminhar descrição detalhada. que encamento de constanço detalhada, marca e modelo. 1-VASECTOMIA E LAQUEADURA Declaração de Consentimento assinada, carimbada pelo médico assistente, pelo paciente e cônjuge com firma reconhecida em cartório. OBSERVAÇÃO: FORMULÂRIO DISPONÍVEL				
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		de classe do prestador, especialidade, assinatura e carimbo do profissional que prestou o		
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, 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. 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. Relatório médico detalhada da emissão, nome do paciente, valor pago, discriminação com valores unitários de materiais e medicamentos utilizados. 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	OBS. 1: Nos casos de cobrança de honorários médicos, informar a participação na equ	ipe cirúrgica ou, nos casos de atendimentos clínicos, a quantidade e as datas das visitas.		
Texames		ITA CÂTO CONTORNE O/OL PROCEDINENTO/OL REAL ITA DO/OL		
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 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 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 com valores unitários de materiais e medicamentos utilizados. 11 - VASECTOMIA E LAQUEADURA PREMOÇÕES EM AMBULÂNCIA Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância				
2 − TERAPIAS (Fisioterapia, Psicoterapia, 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. 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				
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 com o procedimento realizado, 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 com valores unitários de materiais e medicamentos utilizados. 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				
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. REIATÓRIO MEGICO (CRM). 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	2 - 1 ENAPTAS (Pisioterapia, Psicoterapia, Ponoterapia, Nutrição, Acupuntura, Terapia Ocupacional)			
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, 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				
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				
2. EM CÁSO 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, tempo de evolução, descrição de periodo 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	OBSERVAÇÕES: 1. A SOLICITAÇÃO DA TERAPIA DEVERÁ SER FEITA POR PROFISSIONAL	9 – INTERNAÇÃO		
### 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 ### AMBULÂNCIA ☐ Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância				
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. ☐ Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância ☐ Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância				
 □ 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. □ Telatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância □ 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 				
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. 1 - 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		10 - PROTESES E ORTESES		
Daudo 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. □ Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância □ Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância □ Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância				
 ☐ 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. ☐ Declaração de Consentimento assinada, carimbada pelo médico assistente, pelo paciente e cônjuge com firma reconhecida em cartório. ☐ Deservação: Formulário Disponível No SITE DA SEGURADORA OU NAS UNIDADES 	procedimentos realizados.			
discriminação com valores unitários de materiais e medicamentos utilizados. 4 - REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância 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				
4 - REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância				
Relatório médico contendo: diagnóstico, indicação, data da remoção, distância OBSERVAÇÃO: FORMULÁRIO DISPONÍVEL NO SITE DA SEGURADORA OU NAS UNIDADES	4 – REMOÇÕES EM AMBULÂNCIA			
DE ALENDIMENTO.		OBSERVAÇÃO: FORMULÁRIO DISPONÍVEL NO SITE DA SEGURADORA OU NAS UNIDADES		
perconida em kin, local de partida e destino, tipo de ambulancia (OTI ou Simples) e	percorrida em km, local de partida e destino, tipo de ambulância (UTI ou Simples) e			
discriminação do valor do honorário médico. 12 – OSTOMIAS 5 – DIÁLISES, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA Relatório médico no qual deverão constar: doença de base que levou à confecção				
Relatório médico com diagnóstico e indicação para o tratamento, planejamento do estoma, tipo de cirurgia realizada, permanência do estoma, tipo de estoma esto de estoma esto de estoma estoma esto de esto de estoma esto de estoma esto de				
terapêutico, número de sessões com suas datas e valores pagos. Encaminhar discriminação item a item das despesas hospitalares/ambulatoriais com os respectivos ou urinário, data da realização do procedimento cirúrgico, quadro clínico atual e		tomical durabases survivas levelinas and annia abdenia la de cietama discretário		

definição dos equipamentos necessários.

Informamos que determinados procedimentos possuem diretrizes de utilização reguladas

• 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

o envio de toda a documentação relacionada neste formulário.

pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), razão pela qual é de suma importância

OBSERVAÇÕES GERAIS

contagem de prazo.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

Número da Nota

00000804

Data e Hora de Emissão

26/10/2018 11:13:35

Código de Verificação YUZ3-ALPZ

PRESTADOR DE SERVICOS

CPF/CNPJ: 04.532.232/0001-41

Inscrição Municipal: 3.117.437-0

Nome/Razão Social: CLINICA NOVO GREI S S.

Endereço: R ENRICO DE MARTINO 00285 - JARDIM LEONOR - CEP: 05652-010

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 2 sessões de psicoterapia de Matheus Gutierrez Cutrim(D/N: 18/11/2007), nos dias 8 e 25 de outubro de 2018.





VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 960,00							
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)			
-	-	-	-	-			
Código do Serviço 05142 - Psicologia, clínica Valor Total das Deduções (R\$)	ou não (sociedade de p Base de Cálculo (R\$)	profissionais).	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)			
	page as calcale (1.14)	I molacia (10)	Taior 40 100 (14)				
0,00	960,00	0 *	*	0.0			
		0 * Número Inscrição da Obra	a Valor Aproximado	0,00 dos Tributos / Fonte			

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) O código de serviço referente a esta NFS-e não gera crédito;

(3) Esta NFS-e foi emitida por prestador de serviços constituído em acordo ao art. 15 da Lei 13.701/2003;