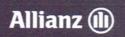
## Saúde

Nº de Protocolo: \_\_\_\_(USO EXCLUSIVO ALLIANZ)



Deve ser preenchido um formulário por paciente. (Preenchimento Obrigatório) Nº do Cartão Allianz Saúde: DADOS DO SEGURADO Plano: 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: Nome do Banco: N° do Banco: Nº da agência: Dígito: \_\_\_\_ Nº da conta-corrente: 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) Cód. Nome do Prestador Especialidade: Sintomas / Diagnóstico: \_ Valor Total dos Recibos Anexos: 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 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 / Peq. Atend. Amb. Obrigatório Obrigatório Obrigatório Obrigatório Despesas Hospitalares

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

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

Lilian Milian Manrub	ia
Psicóloga CRP: 06/39827-0	CPF 083.754.878-05
Recebi do(a) Sr(a) Ricards T	Recibo RS J. 200,00 # wita referente os consulta
a importância de Hum mil	e duzentos reous) -
referente a sessões de psicoterapia. Cib. F?  01/8/18 - 84 200,00  10/8/18 - 84 200,00  15/8/18 - 84 200,00  22/8/18 - 84 200,00  Rua Castro Alves, 553 - Aclimação  CEP: 01532-001 - São Paulo - SP  24/8/18 - 84 200,00  28/8/18 - 84 200,00	São Paulo, 28 de agos to de 2018  ilian Milian Manrubia 'sicóloga - CRP 06/30627-0 CPF 083.754.878-06

Lilian Milian Man	rubia
Psicóloga CRP: 06/39827-0	CPF 083.754.878-05
0.	Recibo R\$ 1.000,00#
Recebi do(a) Sr(a) Ricardo T	
de Lucy naomi!	Shiratori Territa
a importância de 4 Hum m	ul reous
referente a sessões de psicoterapia. ○218118 - RB 200, ∞ 2618118 - RB 200, ∞	20 0001
1718138 - RB 200,00	São Paulo, <u>30</u> de <u>2001 le</u> de <u>2018</u>
23   8   1	Arman 1
CEP: 01532-001 - São Paulo - SP	4 11111000
Tel.: (11) 3271-0545	Lilian Milian Manrubia
3018/18 - RH JOO,00	Psicologa - CRP 06/39827-0