

TERMO DE REFERENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Pelo presente instrumento particular a Allianz Saúde S/A, com sede na R. Luis Coelho, 26 – 3º Andar - São Paulo/SP, CNPJ nº 04.439.627/0001-02, registro de operadora na ANS nº 00051-5, neste ato representada por seus procuradores infra-assinados, doravante denominada **SEGURADORA**, e de outro lado, o **REFERENCIADO**, devidamente qualificado no Anexo I, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria MS/MAS 376, de 03/10/2000, e normatizada pela Portaria SAS 511/2000, sob o nº _____ e neste ato representado por seu(s) procurador(es) infra-assinado(s), tem entre si justo e contratado o que se segue:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO

1.1 – O **REFERENCIADO** prestará aos Segurados e respectivos dependentes incluídos na apólice, doravante denominados genericamente como "**Segurados**", da **SEGURADORA**, serviços médicos e/ou auxiliares de diagnósticos e tratamentos, em regime ambulatorial, conforme descrito no Anexo I deste Termo de Referenciamento.

CLÁUSULA 2ª - ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS E NORMAS OPERACIONAIS

2.1 – Para identificação do Segurado e a prestação dos serviços, o **REFERENCIADO** exigirá, no ato do atendimento:

I – Carteira de Identificação expedida pela **SEGURADORA**, que esteja dentro do prazo de validade, contendo o nome do Segurado, modalidade do plano, período de carência, padrão de atendimento;

II – Documentação pessoal de identificação do Segurado;

III – Pedido médico, quando necessário, para realização de procedimentos Diagnósticos e/ou Terapêuticos.

2.2 – Antes de prestar os serviços, o **REFERENCIADO** deverá verificar se o Segurado preenche as condições para receber a assistência pretendida, através de consulta telefônica à Central de Atendimento da **SEGURADORA**.

2.3 – O **REFERENCIADO** compromete-se a solicitar senha, junto a Central de Atendimento da **SEGURADORA**, para os procedimentos conforme previsto no Manual do Referenciado da **SEGURADORA**, o qual consta como Anexo II deste Termo de Referenciamento.

2.3.1 – A senha de atendimento fica restrita aos limites de cobertura previstos na apólice do segurado e autoriza o envio da respectiva conta médica à **SEGURADORA**, para análise administrativa e técnica.

2.3.2 – A ausência de senha não constituirá impedimento para a realização dos procedimentos que tenham indicação do médico assistente. Nestes casos, a **SEGURADORA** não será responsável pelo pagamento de quaisquer despesas relativas aos procedimentos realizados.

2.4 – O **REFERENCIADO** deverá dar prioridade no atendimento para os casos de urgência e emergência, assim como aos Segurados com mais de 60 (sessenta anos) de idade, gestantes, lactantes, lactentes e crianças de até 5 (cinco) anos de idade.

CLÁUSULA 3ª – DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 – Os serviços objeto deste Termo de Referenciamento serão prestados aos Segurados nas dependências do **REFERENCIADO**.

3.2 – Na prestação dos serviços, será dispensado aos Segurados o mesmo tratamento concedido aos demais pacientes do **REFERENCIADO**, realizado com padrões técnicos e de conforto material, sem qualquer diferenciação.

3.3 – Todo e qualquer serviço será prestado aos Segurados por profissionais devidamente capacitados e habilitados na forma da lei, sejam eles contratados, referenciados ou autorizados pelo **REFERENCIADO**.

3.3.1 – A **SEGURADORA**, não se responsabilizará pelas consequências decorrentes de eventuais erros, omissões, imprudências ou negligências, verificados nos atendimentos ou nas prestações dos serviços objeto deste Termo de Referenciamento; sejam eles causados pelo **REFERENCIADO** ou por terceiros que atuem em suas dependências, ou ainda por terceiros que atuem fora delas, desde que por seu referenciamento ou autorização, considerando ser essa responsabilidade direta e exclusiva do **REFERENCIADO** em razão da sua qualificação e/ou autorização prévia para que os serviços fossem prestados em suas dependências.


1

3.4 – Toda e qualquer solicitação de atendimento médico e/ou serviços será de responsabilidade do médico assistente, devidamente identificado através de receituário ou prontuário médico, cabendo ao **REFERENCIADO** disponibilizar e fornecer todos os recursos necessários para que o atendimento seja realizado, respeitando-se a ética moral e profissional do serviço a ser prestado.

3.5 – A prestação dos serviços aos Segurados, pelo **REFERENCIADO** ou por seus prepostos, não será exclusiva e terá caráter eventual.

CLÁUSULA 4ª – DAS AUDITORIAS MÉDICAS

4.1 – O **REFERENCIADO** obriga-se a dar aos auditores próprios ou terceirizados das **SEGURADORAS**, devidamente identificados, livre acesso às informações relativas aos serviços prestados aos Segurados, respeitando-se e observando-se as premissas do Código de Ética Médica, além de fornecer, quando solicitados, relatórios ou outros documentos pertinentes àqueles atendimentos.

4.1.1 – As rotinas da auditoria serão realizadas de acordo com a necessidade e a disponibilidade da **SEGURADORA** e abrangem os seguintes serviços:

- análise e checagem do prontuário médico;
- análise e validação das contas médicas apresentadas;
- exigência de relatórios de evolução do paciente.

CLÁUSULA 5ª – DOS VALORES E PAGAMENTOS

5.1 – Os serviços prestados aos segurados, previamente validados pela senha de atendimento, serão faturados contra a **SEGURADORA**, conforme condições e normas de preços estabelecidos nas Tabelas de Remuneração, que constam no Anexo I deste Termo de Referenciamento.

5.1.1 – Os serviços faturados de acordo com o previsto no item 5.1 supra, somente serão passíveis de pagamento após análise e validação administrativa e técnica da **SEGURADORA**, sendo que, durante o período de análise desta não configurará mora.

5.2 – A **SEGURADORA** efetuará os pagamentos das contas médicas, por conta e ordem dos Segurados, até o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data do recebimento da conta pela **SEGURADORA**, referente aos serviços assistenciais prestados pelo **REFERENCIADO**, conforme indicado no Anexo I.

5.2.1 – Para efeito de faturamento, o **REFERENCIADO** compromete-se a preencher e encaminhar os formulários, próprios da **SEGURADORA**, sendo que, em caso de utilização de formulário próprio do **REFERENCIADO** deverá haver acordo prévio entre as partes. As rotinas deverão ser observadas no Manual do Referenciado, a fim de evitar falhas, transtornos e eventuais atrasos no processamento e pagamento da respectiva conta médica.

5.3 – As contas médicas que forem rejeitadas pela **SEGURADORA** em razão de falhas ou irregularidades em sua emissão serão devolvidas ao **REFERENCIADO** para os acertos necessários, caso em que, após promover as correções, o **REFERENCIADO** a reapresentará à **SEGURADORA**, ficando claro que o vencimento da conta ficará sujeito ao prazo mencionado no item 5.2, acima, a contar da data de sua reapresentação, sem que caiba ao **REFERENCIADO** qualquer direito à compensação, reparação ou indenização.

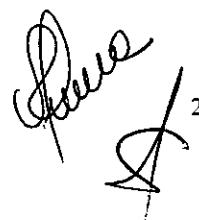
5.4 – As divergências entre **SEGURADORA** e **REFERENCIADO** sobre os serviços constantes das contas médicas apresentadas serão resolvidas através do pagamento, pela **SEGURADORA**, da parte incontroversa da conta, ficando assegurado ao **REFERENCIADO** o direito a recurso sobre o restante.

5.5 – Na hipótese de a **SEGURADORA** efetuar, indevidamente, o pagamento de fatura em virtude de divergência entre o valor cobrado e os preços ou quantidades dos serviços efetivamente prestados, as partes concordam que será efetuada a devida compensação na fatura seguinte ou em prazo previamente acordado entre as partes.

5.6 – As Partes, de comum acordo, decidirão sobre eventuais reajustes, nas condições e normas de preços estabelecidos, em períodos não inferiores a 12 (doze) meses.

CLÁUSULA 6ª – DA VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

6.1 – O presente Termo de Referenciamento terá vigência por um prazo indeterminado.



2

CLÁUSULA 7ª – DA RESCISÃO

7.1 – O presente Termo de Referenciamento poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio, por escrito, de 30 (trinta) dias.

7.2 – Em caso de descumprimento do presente Termo, a parte que sofrer o descumprimento, deverá notificar a rescisão do mesmo à parte infratora, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência.

7.3 - Em quaisquer das hipóteses previstas nos subitens 7.1 e 7.2, o REFERENCIADO prosseguirá dando continuidade ao atendimento aos Segurados, nos mesmos termos do contrato, até que a continuidade do tratamento seja assumida por outro referenciado, observando-se as seguintes obrigações previstas nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos. 54/2003 e 71/2004:

- a) manutenção da assistência pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica aos pacientes já cadastrados, até a data estabelecida para a prestação do serviço;
- b) pagamento dessa assistência pela operadora na forma já acordada;
- c) identificação formal pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica à SEGURADORA, através do envio de uma relação identificando os Segurados que estejam sob seus cuidados em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial;

7.4 – O presente Termo de Referenciamento será considerado rescindido imediata e automaticamente, de pleno direito, independentemente de qualquer notificação judicial ou extrajudicial, ou pedido de falência não elidido e/ou justificadamente contestado, concordata, insolvência, dissolução ou qualquer forma de extinção de qualquer uma das partes contratantes, nas formas prescritas em lei ou pelos respectivos Contratos Sociais ou Estatutos, ou intervenção ou liquidação extrajudicial determinada pelos órgãos reguladores.

CLÁUSULA 8ª – DA RESPONSABILIDADE DO REFERENCIADO

8.1 – O REFERENCIADO se responsabiliza integralmente por toda e qualquer informação fornecida à SEGURADORA, em razão dos serviços prestados na forma deste Termo de Referenciamento, respondendo, deste modo, administrativa e judicialmente, civil e criminalmente, pela inobservância de normas legais, bem como pela inveracidade das mencionadas informações.

8.2 – O REFERENCIADO responderá civil e criminalmente pelos danos ou prejuízos, pessoais ou materiais, causados a terceiros, Segurados ou não, e/ou à SEGURADORA, por si e/ou por seus funcionários, representados ou terceiros contratados ou referenciados para a execução dos serviços objeto deste Termo de Referenciamento, reembolsando todo e qualquer prejuízo eventualmente causado à SEGURADORA.

CLÁUSULA 9ª – DA VINCULAÇÃO LEGAL

9.1 – São de exclusiva responsabilidade do REFERENCIADO todas as obrigações tributárias, trabalhistas, previdenciárias e quaisquer outras relativas a seus empregados e/ou terceiros, assim como as incidentes na execução dos serviços ora contratados.

9.2 – Obriga-se o REFERENCIADO a indenizar a SEGURADORA de qualquer ação ou autuação de natureza tributária, trabalhista ou previdenciária, pelo não recolhimento e/ou não pagamento dos tributos ou encargos devidos aos seus funcionários e/ou terceiros que contratar ou referenciar para a execução dos serviços objeto deste Termo de Referenciamento.

CLÁUSULA 10ª – DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 – É vedado ao REFERENCIADO transferir a terceiros, no todo ou em parte, os direitos, obrigações e garantias deste Termo de Referenciamento, salvo com autorização formal e por escrito da SEGURADORA.

10.1.1 – O REFERENCIADO poderá subcontratar a terceiros, localizados em suas instalações físicas, os serviços objeto deste Termo de Referenciamento. Neste caso, caberá a ele, exclusivamente, e sem ônus para a SEGURADORA, a responsabilidade técnica e os pagamentos referentes aos serviços prestados pelos subcontratados.

10.2 – O presente Termo de Referenciamento obriga as partes e seus eventuais sucessores e/ou herdeiros, a qualquer título que seja.

10.3 – Fica vedado ao REFERENCIADO dar acesso a, ou transferir a terceiros, os créditos, equipamentos e/ou formulários objetos do presente Termo de Referenciamento, salvo anuência expressa e formal da SEGURADORA.

 3

10.4 – O **REFERENCIADO** autoriza a **SEGURADORA** a divulgar os serviços disponibilizados por este Termo de Referenciamento, sem prejuízo da livre escolha dos Segurados, nos diversos meios utilizados para comunicação.

10.5 – O **REFERENCIADO** fornecerá os dados assistenciais relativos aos serviços prestados aos Segurados da **SEGURADORA**, exigidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, em atendimento ao disposto no inciso XXXI do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28/01/2000.

10.6 – A **SEGURADORA** se reserva o direito de excluir serviços onde o **REFERENCIADO** não atenda as qualidades técnicas, documentais e estruturais, mínimas para a realização dos mesmos.

10.7 – Serão integralmente assumidas pelo **REFERENCIADO** as consequências financeiras de qualquer penalidade imposta à **SEGURADORA**, relacionada à prestação de serviços compreendida no objeto deste Termo de Referenciamento, e que decorra de descumprimento, por parte do **REFERENCIADO**, de qualquer normativo legal ou cláusula do presente Termo.

10.8 – O **REFERENCIADO** declara expressamente ter conhecimento de toda Legislação Brasileira que possa afetar direta ou indiretamente este Termo de Referenciamento.

CLÁUSULA 11ª – DOS ANEXOS

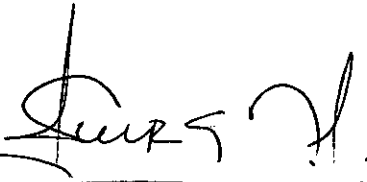
11.1 – O **REFERENCIADO**, desde já, declara estar ciente e de acordo com o inteiro teor dos Anexos I e II, que passam a fazer parte integrante deste Termo de Referenciamento:

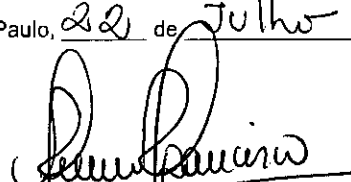
CLÁUSULA 12ª – DO FORO

12.1 – As partes elegem o Foro Central da Comarca da Capital de São Paulo como único e competente para dirimir quaisquer pleitos oriundos do presente Termo de Referenciamento, como renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente Instrumento, na presença das testemunhas abaixo, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que produza os seus jurídicos e legais efeitos.

São Paulo, 22 de Julho de 2008.

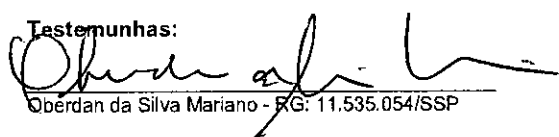

SEGURADORA
Sergio Luiz Nishio
CPF: 063.589.398-31 / RG: 15.598.280 -SSP/SP

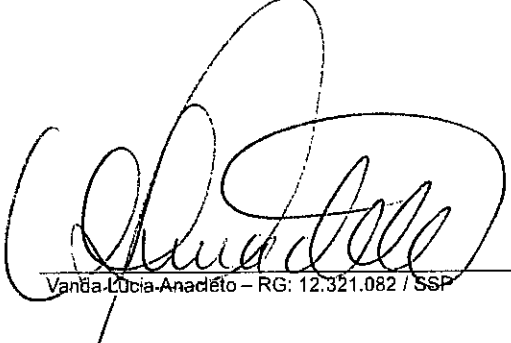

SEGURADORA
Vilma Angelita de Oliveira Francisco
CPF: 105.092.728-19 / RG: 19.157.731-5 -SSP/SP

REFERENCIADO

Nome do Procurador:
CPF:
RG:

Testemunhas:


Oberdan da Silva Mariano - RG: 11.535.054/SSP


Vanda Lucia Anadéto - RG: 12.321.082 / SSP

**ANEXO I DO TERMO DE REFERENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS QUE
FAZEM ENTRE SI A ALLIANZ Saúde E CIONC - CENTRO INTEGRADO DE
ONCOLOGIA DE CURITIBA SS LTDA**

CNPJ/CPF : 07.734.165/0001-36

NOME FANTASIA : CIONC

ENDEREÇO : R DESEMB VIEIRA CAVALCANTI, 1152 -

CEP : 80810050

BAIRRO : MERCES

CIDADE : CURITIBA

ESTADO : PARANA

TELEFONE: (41) 30242421 -

BANCO : 356 - REAL

AGÊNCIA : 1405

CONTA CORRENTE : 4002620-1

REDE/PLANO CONTRATADO(*): S/SU/Q/E

PAGAMENTO : Pagar em 30 dias

THSM ALLIANZ SAÚDE: H2

VALOR DA CONSULTA: R\$ 44,57

VALOR DA UR PARA HONORÁRIOS MÉDICOS : R\$ 0,4316

VALOR DA UR PARA SADT : R\$ 0,27

FILME RADIOLÓGICO M² : R\$ 21,70

TABELA DE MATERIAIS/MEDICAMENTOS: SIMPRO/BRASÍNDICE

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO: 22/07/2008

THSM ALLIANZ SAÚDE:

CONSULTA : 1

SADT : 1

HONORÁRIOS DE INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA : 1

HONORÁRIOS DE INTERNAÇÃO EM APARTAMENTO : 2

(*)LEGENDA:

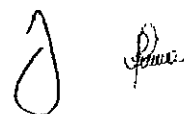
PLANOS COM ACOMODAÇÃO EM:

ENFERMARIA: (*) B=BASIC, S=SPECIAL

APARTAMENTO: (*) M=MAXI, SU=SUPERIEUR, Q=QUALITE, E=EXCELLENCE

Lista de Especialidades:

- CIRURGIA GERAL
- CIRURGIA ONCOLÓGICA



- CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA
- HEMATOLOGIA ✓
- ONCOLOGIA CLÍNICA ✓
- RADIOTERAPIA //

Lista de Serviços:

2 12

Anexo II**MANUAL DO PRESTADOR REFERENCIADO****Prestadores de serviços auxiliares de diagnósticos e terapia e clínicas ambulatoriais****1. ATENDIMENTO AO USUÁRIO****1.1. Identificação do Usuário**

- a) Solicitar cartão de identificação **Allianz Saúde**;
- b) Verificar validade do mesmo;
- c) Solicitar documento de identidade;
- d) Preencher o Formulário de Atendimento correspondente.

Obs.: Por se tratar-se de plano **EMPRESARIAL**, não há comprovação de sua inscrição através de carnê de pagamento.

2. TIPOS DE PLANO

- 2.1. **BASIC** - Enfermaria
- 2.2. **MAXI** - Quarto privativo
- 2.3. **SPÉCIAL** - Enfermaria
- 2.4. **SUPÉRIEUR** - Quarto privativo
- 2.5. **QUALITÉ** - Quarto privativo
- 2.6. **EXCELLENCE** - Quarto privativo

O **REFERENCIADO** deverá observar, no **Anexo I**, os planos contratados.

3. FORMULÁRIOS DE ATENDIMENTO

É vedada ao **REFERENCIADO** a apresentação de formulários de atendimento em branco aos segurados ou seus responsáveis para acolhimento de assinaturas prévias, valendo destacar que serão orientados pela **SEGURADORA** a somente assiná-las após seus devidos e claro preenchimento, inclusive quanto a data em que se verificou a prestação de serviços.

3.1. Guia de Consulta - utilizar o formulário somente nos casos de consultas eletivas sem procedimento. Será considerado retorno até 15 (quinze) dias.

3.2. Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia SP / SADT - deve ser utilizada no atendimento a diversos tipos de eventos:

- Remoção
- Pequenas cirurgias
- Terapias (terapias, psicoterapia, fonoaudiologia)
- Consulta com procedimentos (quando associada a procedimentos, exames, materiais, medicamentos ou consulta de referência)
- Exames
- Atendimento domiciliar (Home Care);
- SADT internado, quando não cobrado na conta hospitalar (Atendimento terceirizado)
- Quimioterapia, radioterapia ou terapia renal substitutiva (TRS)

3.3. Guia de Honorário Individual – o formulário deverá ser utilizado para apresentação do faturamento de honorários profissionais prestados em serviços de internação, caso estes sejam pagos diretamente ao profissional.

3.4. Guia de Outras Despesas – o formulário deverá ser utilizado como instrumento de continuidade e complemento de folhas da Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia SP / SADT.



3.5. Guia de Solicitação de Internação - neste formulário o **REFERENCIADO** efetuará a solicitação para realização de quaisquer procedimentos médicos programados de internação, em regime hospitalar, hospital-dia ou domiciliar, além de complementar a guia de resumo da internação.

Quando houver necessidade de utilização de materiais especiais para o procedimento a ser realizado, o formulário deverá ser enviado para a Central de Atendimento - Linha Direta Allianz Saúde com até 2 (dois) dia úteis de antecedência ao evento programado, através de fax. Após a devida análise técnica e administrativa a Central de Atendimento fornecerá ao **REFERENCIADO**, via telefone, o Número de Protocolo (código numérico – senha).

Em caso de cirurgia de Emergência/Urgência que tenha havido utilização materiais especiais, deverá, o médico assistente, elaborar relatório médico que justifique a utilização do material e disponibilizar à entidade hospitalar, para que este seja encaminhado juntamente com a conta hospitalar, para avaliação da SEGURADORA.

Os formulários citados poderão ser obtidos no endereço www.allianz.com.br, no ícone Allianz Saúde, acessando o caminho **prestadores/formulários**.

4. SOLICITAÇÃO DE SENHA DE ATENDIMENTO

A senha de atendimento ficará restrita aos limites de cobertura previstos na apólice do segurado e autoriza o envio da respectiva conta médica à **SEGURADORA**, para análise administrativa e técnica. A **SEGURADORA** será responsável pelo pagamento de quaisquer despesas relativas aos procedimentos realizados que estejam em conformidade com todas as cláusulas contratuais, adequação técnica e legislação vigente.

4.1. Exames:

Os exames de Análises Clínicas, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Radiologia simples, **não necessitam de senha.**

Os exames a seguir discriminados, **deverão ser previamente autorizados** mediante solicitação de senha na central de atendimento - Linha Direta Allianz Saúde: angiografia; arteriografia; artroscopia; audiometria cortical; densitometria óssea; diagnose oftalmológica; ecocardiografia; eletrococleografia; endoscopia digestiva alta; broncoscopia; colangiopancreatografia; colonoscopia; retossigmoidoscopia; endoscopia urológica; ergometria; hemodinâmica; holter; holter de pressão; laparoscopia; mamografia; xeromamografia; medicina nuclear; monitoragem fetal; neuroradiologia; nistagmografia; prova de função pulmonar; radiologia intervencionista; ressonância magnética; tomografia computadorizada; ultrassonografia; urodinâmica; neurofisiologia clínica (eletromiografia; eletroneuromiografia; polissonografia; potencial evocado; mapeamento cerebral).

Outros itens e procedimentos poderão ser incluídos ou alterados na relação acima, a qualquer tempo e a critério da **SEGURADORA**, mediante comunicação ao **REFERENCIADO**.

4.2. Terapias

Os atendimentos **deverão ser previamente autorizados** mediante solicitação de senha na Central de Atendimento - Linha Direta Allianz Saúde, a cada 10 (dez) sessões.



5. CONTAS MÉDICAS

5.1. Forma de Envio

Deverão ser encaminhadas, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias do atendimento, acompanhadas dos seguintes documentos:

- RPA - Recibo de Pagamento a autônomos (se o **REFERENCIADO** for Pessoa Física);
- Nota Fiscal (se o **REFERENCIADO** for Pessoa Jurídica, salvo, para prestadores com imunidade tributária, mediante apresentação da documentação pertinente);
- Formulários de Atendimento, devidamente preenchidos de forma completa;
- Listagem ou outro meio que inclua a **discriminação do período relativo ao faturamento, discriminação do valor de cada item cobrado, incluindo o TOTAL.**

A conta encaminhada por meio eletrônico não dispensa o encaminhamento dos documentos supracitados.

DADOS PARA EMISSÃO DO RECIBO OU DA NOTA FISCAL:

Razão Social: Allianz Saúde S/A

Endereço: R. Luis Coelho, 26 – 3º andar - **Bairro:** Cerqueira César

CEP: 01309-900 - São Paulo - SP

CNPJ: 04.439.627/0001-02

Local de Entrega das contas:

Pessoalmente / Correio: Rua Luis Coelho, 26 – térreo

CEP 01309-900 – São Paulo/SP

Att: Recepção Allianz Saúde

5.2. Divergências nos valores pagos – Recurso de glosa

Em caso de divergência em relação aos valores apresentados e recebidos, o **REFERENCIADO** deverá solicitar a revisão do processo de pagamento por meio de formulário "Recurso de Glosa" a ser encaminhado para a **SEGURADORA** em até 30 (trinta) dias contados da data do recebimento.

Para obter informações sobre a divergência o **REFERENCIADO** poderá consultar o extrato de pagamento no endereço eletrônico www.allianz.com.br, no ícone ALLIANZ SAÚDE, acessando o caminho: **prestadores/extratos**, bem como o formulário de recurso de glosa acessando: **prestadores/formulários/recurso de glosa**.

Caso necessite de informações adicionais, o **REFERENCIADO** deverá solicitar o relatório de motivos das glosas, através do e-mail: recursoglosa@allianz.com.br, informando os seguintes dados:

- a) CNPJ
- b) Nome do **REFERENCIADO**
- c) Valor apresentado
- d) Data do pagamento
- e) Número do telefone
- f) Número do FAX ou e-mail para recebimento do relatório

O recurso de glosa poderá ser encaminhado em formulário próprio do **REFERENCIADO** desde que, este contenha todas as informações previstas no formulário de recursos da **SEGURADORA**.



5.2.1 Instruções para Preenchimento do Formulário de Recurso de Glosa:

- 1) Preencher todas as informações nele previstas;
- 2) Em cada formulário deverá conter informações e recurso relativos à somente uma conta (fatura);
- 3) As divergências relativas a uma determinada conta deverão ser recursadas de uma única vez;
- 4) As informações relativas à conta e necessárias para o preenchimento do formulário (número do segurado, procedimento, nota fiscal (quando apresentada pelo REFERENCIADO), sinistro, valor e lote) constam no Extrato;
- 5) O formulário deverá ser encaminhado para o seguinte endereço:

ALLIANZ SAÚDE S/A
Att: Departamento de Recurso de Glosa
Rua Luis Coelho, 26 – 5º andar
São Paulo / SP
CEP: 01309-900

Caso necessite de esclarecimentos adicionais entre contato com o Atendimento Eletrônico pelo telefone: 0xx11-3171.6900.

6. TELEFONES ÚTEIS PARA CONTATO COM A ALLIANZ SAÚDE:

☎ Linha Direta ALLIANZ SAÚDE (Central de Atendimento 24 horas)
Cidade de São Paulo e Grande São Paulo : telefone: 4001.5080
Outras Localidades: telefones: 4001.5080 e/ou 0800.7016146
(Obtenção da Senha de autorização de atendimento)

☎ Atendimento Eletrônico – telefone: (0XX11) 3171.6900

Permite acesso aos seguintes serviços e informações:

- a) Previsão de Pagamento;
- b) Último pagamento efetuado;
- c) Esclarecimentos sobre valores divergentes;
- d) Solicitação de Formulários de Atendimento;
- e) Atendimento Pessoal.

7. SITE ALLIANZ Saúde

Está disponível ao **REFERENCIADO**, no site www.allianz.com.br, o acesso aos seguintes serviços:

- a) Formulários de Atendimento;
- b) Extratos de Pagamentos;
- c) Tabela de Honorários e Serviços;
- d) Atualizações de dados cadastrais;
- e) Esclarecimentos de dúvidas;
- f) Envio de sugestões;
- g) Manual do Prestador Referenciado;
- h) Cadastramento do *Curriculum Vitae*
- i) Pesquisa de Senhas Liberadas

A **SEGURADORA** comunicará ao **REFERENCIADO** a ocorrência de implementação de novos canais de comunicação.

ALLIANZ Saúde S/A
Departamento de Recursos Referenciados

