

## AUTORIZAÇÃO PROCESSO DE REEMBOLSO

Eu Debora Sabrina Barbosa	Raleeiro						,
nascido(a) em <u>24/07/94</u> , p	ortador(a)	da	cédula	de	identidade	RG	nº
<b>53168199</b> e	devidar	mente	insc	crito(a)	no	CPF/	MF
n° 413.067.218- 57	resid	ente	e	d	omiciliado(a)		na
Rua conselheiro furtado,	130, apto	413,	liberda	ade,			,
CEP <u>01511000</u> , Cidade/UF	ı 						
Tel: ( ), E-m							
possuidor(a) do convênio							
							_
Autorizo a empresa SHILOH MED							
"SHILOH LAB", CNPJ 31.461.066/00	01-02, com s	sede na	Rua Torr	inha, n <sup>o</sup>	'131 - Cidade	de Mãe	e do
Céu, São Paulo/SP, a realizar os exame	s solicitados	por m	eu médic	o e real	izar o envio d	le todo	s os
documentos e o devido acompanhamen	ito de todo o	proces	sso de ree	embolso	, junto ao con	vênio	que
possuo apólice ativa, e com direito ao re	embolso dos	s valore	es respect	ivos aos	s exames realiz	zados.	
Eu me comprometo a repassar todas as	informações	s do me	eu convên	io para	que a empresa	sHIL	ОН
LAB, faça o necessário referente ao	•			•	•		
realizados, junto ao meu convênio médi		uo vu		.01110015		<i>55</i> <b>C</b> 11 <b>G</b> 1	
realization, juine as mea converse mean	•						
Ainda, me comprometo em, após a co	onfirmação d	lo crédi	ito em m	inha co	nta bancária	cadastr	ada
junto ao convênio, ou informação de di	isponibilizaç	ão da o	ordem de	pagame	nto, repassar a	sHIL	ЮН
LAB, o valor integral informado por me	eu convênio,	no praz	zo máxim	o de 02	(dois) dias, re	eferente	e ao
reembolso, ficando ainda, autorizado a	empresa SH	IILOH	LAB em	itir bole	eto bancário n	o valoi	r do
reembolso informado pelo convênio. Es	stando ciente	que a f	falta de pa	agamen	to do valor cre	ditado	em
minha conta bancária ou recolhido via o	ordem de pag	gamento	o, poderá	incidir	a cobrança da	totalid	ade
dos gastos realizados pela SHILOH	LAB na re	alizaçã	o dos ex	kames,	bem como, l	nonorá	rios
advocatícios de cobrança no importe de	20% (vinte p	por cen	to) do va	lor integ	gral dos exame	es.	
	São P	aulo,	de			de 20	022.
		-				_	

**Paciente** 



NOME DO(A) TITUL	AR:			,
CPF DO(A) TITULAR	₹:			
DATA DE NASCIME	NTO DO(A) TITULAR:			
O(A) titular tem conta	cadastrada no convênio	:( )SIM ( )NÃ	ХO	
<ul> <li>B) Caso não tenha ca pagamento, ou simples</li> <li>C) Caso haja a modali pagamento, tal descontestornado ao paciente n</li> <li>D) Para os casos em que servirá como autorização</li> </ul>	ue, o convênio não efetuar ão do(a) paciente para rec- uver o pagamento pelo co	derá fazer o reencha conta cadastro convênio médio devido pelos exaror o reembolso do orrermos via ANS	mbolso em forma ada. co, e exista descon mes à Shiloh Lab, valor dos exames r S (Agência Naciona	de ordem de nto na folha de sendo o valor realizados, este al de Saúde), e
DADOS BANCÁRIOS	S CADASTRADOS NO O	CONVÊNIO:		
BANCO:	AGÊNCIA:	(	CONTA:	
	TIPO DE CONTA: Po	upança ( ) - Cori	rente ()	
	ão está autorizada em rea e efetuar os trâmites de pro	ocesso de reembol		
PACIENTE		SHILOR	H LAB	
TESTEMUNHAS:				
NOME: CPF:		NOME: CPF:		