



## **AUTORIZAÇÃO PROCESSO DE REEMBOLSO**

Eu FABIANA APARECIDA DE MELO OLIVEIRA,  
nascido(a) em 01 / 05 / 80, portador(a) da cédula de identidade RG nº  
28.729.820-6 e devidamente inscrito(a) no CPF/MF  
nº 288.631.888-40, residente e domiciliado(a) na  
Rua Impatá, 123 - Vila Ré,  
CEP 03663-010, Cidade/UF São Paulo / SP.  
Tel: (11) 98129-4681, E-mail: fabianamelo567@gmail.com  
possuidor(a) do convênio Sul America.

Autorizo a empresa SHILOH MEDICINA DIAGNÓSTICA E REPRODUTIVA EIRELI -  
“SHILOH LAB”, CNPJ 31.461.066/0001-02, com sede na Rua Torrinha, nº131 - Cidade de Mãe do  
Céu, São Paulo/SP, a realizar os exames solicitados por meu médico e realizar o envio de todos os  
documentos e o devido acompanhamento de todo o processo de reembolso, junto ao convênio que  
posso apólice ativa, e com direito ao reembolso dos valores respectivos aos exames realizados.

Eu me comprometo a repassar todas as informações do meu convênio para que a empresa SHILOH  
LAB, faça o necessário referente ao recebimento do valor do reembolso referente aos exames  
realizados, junto ao meu convênio médico.

Ainda, me comprometo em, após a confirmação do crédito em minha conta bancária cadastrada  
junto ao convênio, ou informação de disponibilização da ordem de pagamento, repassar a SHILOH  
LAB, o valor integral informado por meu convênio, no prazo máximo de 02 (dois) dias, referente ao  
reembolso, ficando ainda, autorizado a empresa SHILOH LAB emitir boleto bancário no valor do  
reembolso informado pelo convênio. Estando ciente que a falta de pagamento do valor creditado em  
minha conta bancária ou recolhido via ordem de pagamento, poderá incidir a cobrança da totalidade  
dos gastos realizados pela SHILOH LAB na realização dos exames, bem como, honorários  
advocáticos de cobrança no importe de 20% (vinte por cento) do valor integral dos exames.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

**Paciente**



**NOME DO(A) TITULAR:** \_\_\_\_\_

**CPF DO(A) TITULAR:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASCIMENTO DO(A) TITULAR:** \_\_\_\_\_

**O(A) titular tem conta cadastrada no convênio:** ( )SIM ( )NÃO

**A)** O laboratório não cadastra e não atualiza estas informações, somente o beneficiário do convênio.

**B)** Caso não tenha cadastrado o convênio poderá fazer o reembolso em forma de ordem de pagamento, ou simplesmente não pagar até que tenha conta cadastrada.

**C)** Caso haja a modalidade de coparticipação do convênio médico, e exista desconto na folha de pagamento, tal desconto será abatido do valor devido pelos exames à Shiloh Lab, sendo o valor estornado ao paciente no prazo de até 48 horas.

**D)** Para os casos em que, o convênio não efetuar o reembolso do valor dos exames realizados, este servirá como autorização do(a) paciente para recorrermos via ANS (Agência Nacional de Saúde), e se ainda assim, não houver o pagamento pelo convênio, o(a) paciente ficará isento do pagamento dos exames ao laboratório.

**DADOS BANCÁRIOS CADASTRADOS NO CONVÊNIO:**

**BANCO:** \_\_\_\_\_ **AGÊNCIA:** \_\_\_\_\_ **CONTA:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE CONTA:** Poupança ( ) - Corrente ( )

**OBS:** A Shiloh Lab não está autorizada em realizar alterações pessoais no cadastro do convênio do(a) paciente, somente efetuar os trâmites de processo de reembolso.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
**PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**SHILOH LAB**

**TESTEMUNHAS:**

\_\_\_\_\_  
**NOME:**

**CPF:**

\_\_\_\_\_  
**NOME:**

**CPF:**