



AUTORIZAÇÃO PROCESSO DE REEMBOLSO

Eu Eliane Santos da Silva,
nascido(a) em 11/03/82, portador(a) da cédula de identidade RG nº
32995972 e devidamente inscrito(a) no CPF/MF
nº 287.783.048-90, residente e domiciliado(a) na
Av Mal floriano Peixoto 285 apto 18 pompeia santos,
CEP 11060-303, Cidade/UF São Paulo- SSP.
Tel: () _____, E-mail: eliane-ssilva30@hotmail.com
possuidor(a) do convênio _____.

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: