



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: