

Obrigado por escolher a ShilohLab,

ficamos muito felizes por sua escolha!

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATANTE:

Portador do RG: 53266655545 Inscrito no CPF: undefined

Endereço: undefined

Complemento: undefined

Bairro: undefined Cidade:undefined Estado:undefined CEP: undefined

CONTRATADA: SHILOH MEDICINA DIAGNÓSTICA E REPRODUTIVA EIRELI "SHILOH LAB", pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 31.461.066/ 0001-02, com sede na rua Torrinha, nº 131 - Cidade de Mãe do Céu, São Paulo/SP

As partes referidas ajustam e convencionam que o presente contrato se regerá pelas cláusulas a seguir descritas.

- I A (o) CONTRATANTE ora paciente, autoriza neste presente ato, que a CONTRATADA lhe preste atendimento médico, por si ou terceiros.
- II A CONTRATADA nomeia a empresa DIAGNÓSTICO DA AMÉRICA S/A DIVISÃO ALVARO, CNPJ: 61.486.650/0284-36 como seu responsável técnico pelas analises técnicas e liberação dos resultados laboratoriais.
- III A (o) CONTRATANTE declara que seu plano de saúde possibilita o reembolso dos procedimentos médicos efetuadas pela CONTRATADA e tem conhecimento que a mesma é uma empresa particular e presta serviços na modalidade livre escolha.
- IV A (o) CONTRATANTE, após o reembolso do valor correspondente aos serviços prestados, conforme cláusula I, pelo plano de saúde em sua conta corrente ou do titular do plano. O repassará na sua integralidade à CONTRATADA, que por mera liberalidade concederá o prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do firmamento deste, e/ou no máximo 2 (dois) dias úteis após o reembolso efetuado pelo plano de saúde.
- V A fim de que se viabilize a quitação dos serviços ora contratados, a (o) CONTRATANTE autoriza desde já a emissão no boleto bancário, ou ainda outra forma de cobrança pela empresa CONTRATADA.



SHILOH MEDICINA DIAGNÓSTICA E REPRODUTIVA EIRELI -

VI - Neste ato, a (o) CONTRATANTE outorga poderes a CONTRATADA a fim de que realize os procedimentos necessários para a solicitação do reembolso dos exames ora prestados perante o seu plano de saúde, bem como defenda o seu direito em receber, inclusive frente aos órgãos, administrativos, regulatórios, fiscalizatórios, e judiciais pertinentes. Porém, o não êxito em recebe-lo não gera responsabilidade a CONTRATADA.

VII - Caso o reembolso não seja realizado pelo plano de saúde por culpa exclusiva da CONTRATADA, a CONTRATANTE não será obrigada a pegar pelos serviços médicos e exames laboratoriais prestados.

VIII - A (o) CONTRATANTE se responsabiliza a cooperar e a atender a todos os pedidos da CONTRATADA para o efetivo recebimento deste reembolso.

IX - A (o) CONTRATANTE autoriza ainda a CONTRATADA a enviar todas a informações solicitadas pelo seu plano de saúde, relativas aos procedimentos realizados, objetos do presente contrato.

X - A CONTRATADA reconhece sua responsabilidade em proteger informações pessoais dos seus pacientes, em conformidade com a lei de proteção de dados. E por estarem de acordo, assinam o presente em duas vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

valor total dos	Serviços Presta	aos:		•
	São Pa	aulo, de	de	
Contratada: SHILOH MEDICINA DIAGNÓSTICA E REPRODUTIVA EIRELI		Contratante:		
		Teste	munhas	
1.			2.	
Nome:			Nome:	
RG:			RG:	
CPF:			CPF:	

SHILOH MEDICINA DIAGNÓSTICA E REPRODUTIVA EIRELI - Rua Torrinha, nº 131 - Cidade de Mãe do Céu,Tatuapé- São Paulo/SP Telefone: (11)2675-1532 / (11) 05118-1770

ShilohLab



SHILOH MEDICINA DIAGNÓSTICA E REPRODUTIVA EIRELI

Prezado (a) Cliente, obrigada por nos escolher como parte do seu cuidado com sua saúde e partilhar conosco o desejo de cuidar do seu bem-estar!

O correto preenchimento deste formulário

tornara seu atendimento mais ágil e conveniente.

Agradecemos a colaboração.

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO:						
Data de nascimento:		Cidade:				
RG:		CEP:				
CPF:		UF:				
Endereço:		Telefone fixo: ()			
E-mail:		Celular: ()				
<u>DADOS DO CONVÊNIO</u>						
Nome do convênio:	Nº Carteirinha:					
Empresarial Particular	Login:	Sen	ha:			
Tipo de Plano:	Banco:	Agência:	Conta:			
Nome do Titular: Quantos dependentes há no plano:	Nome do (dependente:				

SHILOH MEDICINA DIAGNÓSTICA E REPRODUTIVA EIRELI - Rua Torrinha, nº 131 - Cidade de Mãe do Céu,Tatuapé- São Paulo/SP

Telefone: (11)2675-1532 / (11) 05118-1770

Doutor@clinicashiloh.com.br



Avisaremos quanto ao recebimento em sua conta.

Doutor@clinicashiloh.com.br www.clinicashiloh.com.br

Shiloh Lab



Termo_de_Coleta.docx

Documento número #58b379fa-7871-4f74-a838-b25aca7fd555

Hash do documento original (SHA256): 1f91742e928a7007ae64f6f6c54eb9983d0b4f6c724cbaf5dd550c49ee1d4492

Assinaturas



Adrielli Lima

Assinou em 13 jul 2022 às 12:16:41

Log

13 jul 2022, 12:16:16	Operador com email devs.shiloh@gmail.com na Conta cob la365-dd3c-4610-93fe-aa612e0fea92 criou este documento número 58b379fa-7871-4174-a838-b25aca7fd555. Data limite para assinatura do documento: 12 de agosto de 2022 (12:16). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Portug Jês b asileiro.
13 jul 2022, 12:16:17	Operador com email devs.shiloh@gmail.com na Conta c0b4a365-dd3c-4610-93fe-aa612e0fea92 adicionou à Lista de Assinatura: stephaniesouza.b@gmail.com, para assinar, com os pontos de autenticação: email (via token); Nome Completo; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Adrielli Lima.
13 jul 2022, 12:16:41	Adrielli Lima assinoù Pontos de autenticação: email stephaniesouza.b@gmail.com (via token). IP: 191.9.25.168 Con ponente de assinatura versão 1.307.0 disponibilizado em https://sandbox.clicks.gn.com.
13 jul 2022, 12:16:41	Processo de assina ura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número 58b379 fa-7871-4f74-a838-b25aca7fd555.



Documento a sinado com validade jurídica.

Para conferir a validade, acesse https://validador.clicksign.com e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo e deve ser considerado parte do documento nº 58b379fa-7871-4f74-a838-b25aca7fd555, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign, disponível em www.clicksign.com.