

Deve ser preenchido um formulário por paciente.

Nº do Cartão Allianz Saúde: _____

DADOS DO SEGURADO

Nome do Segurado Titular: _____

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Tel.: (____) _____ Ramal: _____ Empresa: _____ Plano: _____

Email (preferencialmente do titular): _____

DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO TITULAR – CAMPOS OBRIGATÓRIOS PARA PAGAMENTO DE REEMBOLSO

Os dados abaixo devem ser preenchidos com letras legíveis.

CPF do Segurado Titular: _____ Nome do Banco: _____

Número do Banco: _____ Agência: _____ Dígito: _____ Somente Conta Corrente ou Poupança _____ Dígito: _____**DADOS DO REEMBOLSO****Códigos de Atendimento:** 1. Consulta Consultório / 2. Consulta Domicílio* / 3. Honorários Médicos* / 4. Exames de Diagnose / 5. Terapias* / 6. Remoção* / 7. Pronto-Socorro / Pequenos atendimentos Ambulatoriais* / 8. Despesas Hospitalares* / 9. Outros.
(*): Obrigatória a apresentação de Relatório Médico.**Indicação do Prestador** (Preenchimento Obrigatório)

Cód.	Nome do Prestador	CNPJ/CPF	Telefone	CRM

Especialidade: _____ Sintomas / Diagnóstico: _____

Valor Total dos Recibos Anexos: _____ Local: _____ Data: _____

Assinatura do Segurado Titular: _____

USO EXCLUSIVO ALLIANZ

Data do Recebimento: ____/____/____ Recebido por: _____ Valor do Reembolso – R\$ _____

Documentos Necessários para Reembolso

Tipo de Atendimento	Recibo/Fatura/Nota Fiscal Quitada	Pedido Médico	Relatório Médico Justificativo	Plano de Trat. Paramédico
Consulta Consultório	•			
Consulta Domicílio	•		•	
Honorários Médicos	•		•	
Exames de Diagnose	•	•		
Terapias	•		•	•
Remoções	•		•	
Pronto-Socorro / Peq. Atend. Amb.	•		•	
Despesas Hospitalares	•		•	

Todos os Recibos, Faturas ou Notas Fiscais deverão estar devidamente quitados e conter as seguintes informações:

- Nome completo do profissional ou entidade.
- Nome do Paciente.
- Data de atendimento ou período da prestação de serviços.
- CNPJ / CPF.
- Nº do CRM.
- Especialidade.
- Nome do Paciente.
- Discriminação individualizada de cada item ou procedimento cobrado, contendo o preço unitário, quantidade preço total e tipo de despesa (diárias, taxas de materiais, medicamentos, exames ou terapias realizadas, consultas, etc).

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO (Protocolo de Recebimento)

Nº do Cartão Allianz Saúde: _____

Nome do Segurado Titular: _____

Nome do Paciente: _____

Valor Total dos Recibos Anexos	Recebido por	Local e Data do Recebimento