

FORMULÁRIO DE REEMBOLSO

Importante: exclusivamente para atendimento de urgência/emergência quando não for possível utilizar a rede credenciada. Anexar comprovante de pagamento conforme indicado nas Condições Gerais

Dados do Associado

Código Associado: _____ Empresa: _____ Plano: _____
Nome: _____ Data Nasc.: ____ / ____ / ____
Titular: _____ Tel Res.: _____ Tel. Com.: _____
Endereço Residencial: _____ Número: _____ Complemento: _____
Cidade: _____ UF: _____

Dados Bancários do Associado Titular para Reembolso

Nome: _____ CPF: _____
Banco: _____ Agência: _____ Dígito: _____ Conta: _____ Dígito: _____ Tipo de Conta: _____

Dados do Cirurgião Dentista

Nome: _____ RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____ Número: _____ Cidade: _____ UF: _____
Tels + DDD: _____ Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ CRO: _____

Detalhamento do Tratamento

Evento	Descrição	Dente/Arcada	Face	Valor	Data	Rubrica do Associado
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	
					/ /	

Quantidade de Radiografias: _____ Valor Total do Tratamento: _____

Importante: anexar ao formulário de reembolso as radiografias caso sejam realizadas.

Termo de Responsabilidade

Declaramos e estamos de acordo com as informações e procedimentos supra citados, referentes aos tratamentos descritos neste formulário, bem como o Procedimento de Requisição de Reembolso Odontológico.

_____ **Assinatura do Titular**

_____ **Assinatura e Carimbo do Dentista**