

Data de Início do Tratamento: ____/____/____

DADOS DO ASSOCIADO

Código Associado: _____ Empresa: _____ Plano: _____
 Nome: _____ Data Nasc: ____ / ____ / ____
 Titular: _____ Tel Res: _____ Tel Com: _____
 Endereço Residencial: _____ 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/CNPJ: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
 Fones + 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: Favor solicite que seu dentista anexe ao formulário de reembolso as radiografias iniciais e finais dos tratamentos das especialidades de: endodontia, cirurgia e/ou prótese.

Termo de responsabilidade

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

Assinatura do Associado Titular

Assinatura e Carimbo do dentista