



SOLICITAÇÃO PARA ANALISE DE REEMBOLSO

Nº DE PROTOCOLO

30448420

DATA

03/02/2024

DADOS CADASTRAIS

CÓDIGO DO CARTÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

002025115030500000101

TELEFONE (DDD+Nº)

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR

ALDEA DO QUEIROZ DO NASCIMENTO

CÓDIGO DO CARTÃO SE DIFERENTE DO TITULAR

TELEFONE (DDD+Nº)

NOME DO BENEFICIÁRIO SE DIFERENTE DO TITULAR

E-MAIL (OBRIGATORIO PARA ACOMPANHAMENTO DO PROTOCOLO)

QUEIROZDONASCIMENTOALDEA@GMAIL.COM

ENDEREÇO

RUA LACHIMBO

BAIRRO

ARIPUAXÁ

CIDADE

REDEENÇÃO

UF

PA

NOME DA EMPRESA (SE CONTRATO COLETIVO)

ABRANGÊNCIA DO CONTRATO

CÓDIGO DO PLANO

SITUAÇÃO ATUAL DA CAVIDADE BUCAL

PERMANENTES	16	17	18	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	LEGENDAS E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL
DECÍDUOS				45	44	43	42	41	31	32	33	34	35				
DECÍDUOS				45	44	43	42	41	31	32	33	34	35				
PERMANENTES	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

A Ausente

E Extração endoclinal

H Irregular

C Cedido

R Restaurado

N Não registrado

DESCRIÇÃO DO PLANEJAMENTO

ITEM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	DENTES OU REGIÃO	FACES	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	VALOR COBRADO EM R\$	VALOR DE REEMBOLSO EM R\$
01	Tratamento endodôntico Bixadi	15		85200.140	864.00	864.00
02	radicular					
03						
04						
05						
06						
07						

OBSERVAÇÕES

DADOS CIRURGIÃO DENTISTA SOLICITANTE

NOME DO CIRURGIÃO DENTISTA

DAYANNE FERREIRA MARTINS

CRO

008530

CPF

02090313102

TELEFONE (DDD+Nº)

63981000007

ENDEREÇO

AVENIDA MINISTRO OSCAR J

BAIRRO

VILA PAULISTA

CIDADE

REDEENÇÃO

E-MAIL

aptabsonortologia@gmail

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME DO BANCO

COOPERATIVO SICRED

Agência

0804

Conta Corrente

29377-4

OPERADOR (CEP)

CPF TITULAR (CONTA CORRENTE)

02090313102