

SOLICITAÇÃO PARA
ANALISE DE REEMBOLSO

Nº DE PROTOCOLO

30448420

55122025

DADOS CADASTRAIS

CÓDIGO DO CARTÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

0020251236799000000103

TELEFONE (DDD+Nº)

45 999336735

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR

KAUANE - CECILIA DE SOUZA OLIVEIRA

TELEFONE (DDD+Nº)

45 999336735

CÓDIGO DO CARTÃO SE DIFERENTE DO TITULAR

0020251236799000000302

NOME DO BENEFICIÁRIO SE DIFERENTE DO TITULAR

NICOLAS SAMUEL FERREIRA DE SOUZA

E-MAIL (OBRIGATÓRIO, PARA ACOMPANHAMENTO DO PROTOCOLO)

NICOLA.SSAMUEL@GMAIL.COM

ENDERECO

FRANCISCO BRAGA

Nº

BAIRRO

TRES BANDEIRAS

409

CIDADE

FOZ DO IGUAÇU

UF

NOME DA EMPRESA (SE CONTRATO COLETIVO)

85862266

ABRANGÊNCIA DO CONTRATO

MUNICIPAL

CÓDIGO DO PLANO

503

SITUAÇÃO ATUAL DA CAVIDADE BUCAL

PERMANENTES	18	17	16	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				A Ausente
DECÍDUOS				45	44	43	42	41	31	32	33	34	35				C Cariado
PERMANENTES	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	E Extração indicada

DESCRICAÇÃO DO PLANEJAMENTO

ITEM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	DENTES OU REGIÃO	FASES	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	VALOR COBRADO EM R\$	VALOR DE REEMBOLSO EM R\$
01	Endodontia	85	OCLUSAL			600,00
02						
03						
04						
05						
06						
07						

OBSERVAÇÕES

DADOS CIRURGIÃO DENTISTA SOLICITANTE

NOME DO CIRURGIÃO DENTISTA

DEBORAH EVELYN VUST

CRO

37444

CPF

15915092950 45 988259291

ENDERECO

RUA PINI

Nº

105

BAIRRO

NAUTICO

CEP

CIDADE

FOZ DO IGUAÇU

VUSTDEBORAH@GMAIL.COM

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME DO BANCO

BANCO DO BRASIL

Agência

3870-0

Conta Corrente

538825

OPERAÇÃO (CEF)

001

CPF TITULAR CONTA CORRENTE

10752307947

OBSERVAÇÕES GERAIS

1. O preenchimento desta Análise de Reembolso não garante que o mesmo será autorizado;
2. O formulário deve ser acompanhado do orçamento assinado pelo cirurgião-dentista responsável pelo atendimento do **BENEFICIÁRIO**, datado do dia do evento, enumerando todos os dados pessoais, aqui definidos como: número de RG, CPF, nome completo, telefone fixo e/ou celular, e-mail do **BENEFICIÁRIO**, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
3. Somente serão analisadas as solicitações de reembolso das despesas decorrentes dos atendimentos ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual sempre que não for possível a utilização dos serviços de prestadores **DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA** da rede assistencial deste plano, excetuando-se qualquer material ou medicamento prescrito para uso domiciliar;
4. Em caso de urgência e emergência deve ser apresentada justificativa emitida pelo profissional que realizou o atendimento;
5. Ressaltamos que toda documentação acima é obrigatória para análise do Reembolso e deve ser enviada completa;
6. Somente poderão ser reembolsadas as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao beneficiário, nos limites das obrigações contratuais;
7. O prazo para Análise de Reembolso é de até 30 (trinta) dias após a apresentação da documentação obrigatória completa;
8. Em caso de falta de documentação, o processo será devolvido/retornado em até 5 dias úteis, ao qual será aplicado novo prazo para retorno;
9. O titular do plano tem ciência e concorda com o reembolso com base nos valores da "Tabela de Referência", que é utilizada pela Operadora no pagamento aos seus prestadores, razão pela qual, com a efetivação do depósito/pagamento, dá plena, geral e irrevogável quitação, dando-se por satisfeito, nada mais tendo a reclamar ou exigir, a qualquer título, quanto ao presente reembolso;
10. Em caso de solicitação devolvida, por pendência, será necessário um novo formulário com data atualizada e a informação do protocolo da primeira solicitação no campo observações, junto com a documentação completa;
11. O prazo para solicitação de reembolso é de 01 (um) ano, a contar da data exposta no documento fiscal (recibo ou Nota Fiscal);
12. Se autorizado o reembolso será necessário o envio da nota fiscal e/ou recibo conforme orientações do item 2;
13. A documentação deverá estar acompanhada de imagens, radiografias ou fotos, sendo elas iniciais e finais de todos os tratamentos, desde que legíveis e tecnicamente aptas para análise.

LI/Concordo

Klausone Cecília de S. Oliveira

Assinatura do Titular ou Responsável

Assinatura Cirurgião Dentista (Sob carimbo)

Dra. Deborah Vusi
Cirurgiã-Dentista
CRO-PR 37444

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DENTAL UNI

DATA DE RECEBIMENTO

--	--	--	--	--	--

Apresentou documento devidamente preenchido? SIM NÃO

Possui abrangência para o atendimento em questão? SIM NÃO

Visto Responsável do Setor de Reembolso

Autorização Diretoria Clínica