

**DADOS CADASTRAIS**

CÓDIGO DO CARTÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

002025123679900000101

TELEFONE (DDD+Nº)

45 999336735

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR

KAUANE-CECILIA DE SOUZA OLIVEIRA

CÓDIGO DO CARTÃO SE DIFERENTE DO TITULAR

002025123679900000102

TELEFONE (DDD+Nº)

45 999336735

NOME DO BENEFICIÁRIO SE DIFERENTE DO TITULAR

NICOLAS SAMUEL FERREIRA DE SOUZA

E-MAIL (OBRIGATÓRIO, PARA ACOMPANHAMENTO DO PROTOCOLO)

NICOLASSA SAMUEL@GMAIL.COM

ENDEREÇO

FRANCISCO BRAGA

BAIRRO

TRES BANDEIRAS

CIDADE

FOZ DO IGUAÇU

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
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

**LEGENDAS E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL**

A	Ausente	C	Cariado
E	Extração indicada	R	Restaurado
H	Higido	N	Não erupção

**DESCRIÇÃO DO PLANEJAMENTO**

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

OBSERVAÇÕES

**DADOS CIRURGIÃO DENTISTA SOLICITANTE**

NOME DO CIRURGIÃO DENTISTA

DEBORAH EVELYN VUST

CRO

37444

CPF

11911092910

TELEFONE (DDD+Nº)

45 988219291

ENDEREÇO

RUA PIVI

BAIRRO

NAUTICO

CIDADE

FOZ DO IGUAÇU

E-MAIL

VUST@DEBORAH@GMAIL.COM

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR**

NOME DO BANCO

BANCO DO BRASIL

Agência

3270-0

Conta Corrente

538825

OPERAÇÃO (CPF)

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

*Kauane Leite de S. Oliveira*

Assinatura do Titular ou Responsável

*Dra. Deborah Vusi*  
Cirurgiã-Dentista  
CRO-PR 37444

Assinatura Cirurgião Dentista (Sob carimbo)

## PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DENTAL UNI

DATA DE RECEBIMENTO

27	03	2017					
----	----	------	--	--	--	--	--

Apresentou documento devidamente preenchido? ☐ SIM ☐ NÃO

Possui abrangência para o atendimento em questão? ☐ SIM ☐ NÃO

Visto Responsável do Setor de Reembolso

Autorização Diretoria Clínica