

DADOS CADASTRAIS

CÓDIGO DO CARTÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR: **002025111840300000301** TELEFONE (DDD+Nº): **46 999152887**

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR: **KELLI FIUZA**

CÓDIGO DO CARTÃO SE DIFERENTE DO TITULAR: _____ TELEFONE (DDD+Nº): _____

NOME DO BENEFICIÁRIO SE DIFERENTE DO TITULAR: _____

E-MAIL (OBRIGATÓRIO PARA ACOMPANHAMENTO DO PROTOCOLO): **KELLI FIUZA@hotmail.com**

ENDEREÇO: **RUA TOCANTINS** Nº: **866**

BAIRRO: **SÃO VICENTE** CEP: **85506330**

CIDADE: **PATO BRANCO** UF: **PR** NOME DA EMPRESA (SE CONTRATO COLETIVO): **SERVICE 1000 MEDIC**

ABRANGÊNCIA DO CONTRATO: **MUNICIPAL** CÓDIGO DO PLANO: _____

SITUAÇÃO ATUAL DA CAVIDADE BUCAL																LEGENDAS E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL		
PERMANENTES	18	17	R	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

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 de canal				16	oclusal		1.500,00	1.500,00
02									
03									
04									
05									
06									
07									

OBSERVAÇÕES

DADOS CIRURGIÃO DENTISTA SOLICITANTE

NOME DO CIRURGIÃO DENTISTA: **VITÓRIA MARIA SCHOENBERGER** CRO: **37484**

CPF: **09208751902** TELEFONE (DDD+Nº): **49 999717006**

ENDEREÇO: **RUA IGUAÇU - SALA 502 - 5º ANDAR** Nº: **476**

BAIRRO: **CENTRO** CEP: **85501052**

CIDADE: **PATO BRANCO** E-MAIL: **VITORIASCCHOENBERGER@hotmail.com**

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME DO BANCO: **BANCO DO BRASIL** Agência: **2507-0** Conta Corrente: **243655**

CPF-TITULAR CONTA CORRENTE: **08414261981** OPERAÇÃO (CEF): _____

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

Kelli Souza

Assinatura do Titular ou Responsável

[Assinatura]
Dra. Vitoria Schenberger
Cirurgiã-Dentista
CRO-PR 37484

Assinatura Cirurgião Dentista (Sob carimbo)

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