

DADOS CADASTRAIS

CÓDIGO DO CARTÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

002025111840300000301 46 999152887

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR

KELLI FIUZA

CÓDIGO DO CARTÃO SE DIFERENTE DO TITULAR

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 SERVICE 1000 MEDIC

ABRANGÊNCIA DO CONTRATO

MUNICIPAL

CÓDIGO DO PLANO

SITUAÇÃO ATUAL DA CAVIDADE BUCAL

PERMANENTES	18	17	R	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				E Extração indicada	
PERMANENTES	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	R Cariado	

DESCRÍÇÃO DO PLANEJAMENTO

ITEM	DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO	DENTES OU REGIÃO	FACES	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	VALOR COBRADO EM R\$	VALOR DE REEMBOLSO EM R\$
01	tratamento de canal	16oclusal			1.500,00	1.500,00
02						
03						
04						
05						
06						
07						

OBSERVAÇÕES

DADOS CIRURGIÃO DENTISTA SOLICITANTE

NOME DO CIRURGIÃO DENTISTA

VITORIA MARIA SCHOENBERGER

CRO

37484

CPF

09208751902 49 999717006

TELEFONE (DDD+Nº)

ENDEREÇO
RUA IGUAÇU - SALA 502 - 5º ANDAR

Nº
476

BAIRRO

CENTRO

CEP

85501052

CIDADE
PATO BRANCO

E-MAIL
Vitoria.schoenberger@hotmaiz.com

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME DO BANCO

BANCO DO BRASIL

Agência

2507-0

Conta Corrente

243655

OPERAÇÃO (CEP)

CPF TITULAR CONTA CORRENTE

08414261981

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.

Lí/Concordo

Kelli Fiuga

Assinatura do Titular ou Responsável

Dra. Vitória Schönenberger
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