

Nº DE PROTOCOLO

30448420

17112025

**DADOS CADASTRAIS**

CÓDIGO DO CARTÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

0020251161189000000201 62 991984217

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR

GABRIEL B. MARQUES SCHETEGGER

CÓDIGO DO CARTÃO SE DIFERENTE DO TITULAR

NOME DO BENEFICIÁRIO SE DIFERENTE DO TITULAR

E-MAIL (OBRIGATÓRIO, PARA ACOMPANHAMENTO DO PROTOCOLO)

GMBANDCIRARA858@GMAIL.COM

ENDERECO

RUA JOSÉ MENDES DOS SANTOS 190

BAIRRO

ST URIAS MAGALHÃES 74565803

CIDADE

GOIANIA 60

ABRANGÊNCIA DO CONTRATO

NOME DA EMPRESA (SE CONTRATO COLETIVO)

CÓDIGO DO PLANO

**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		

**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 Odontológico (Próstoria)				150,00	150,00
02						
03						
04						
05						
06						
07						

OBSERVAÇÕES

**DADOS CIRURGIÃO DENTISTA SOLICITANTE**

NOME DO CIRURGIÃO DENTISTA

CRO

CPF

TELEFONE (DDD+Nº)

ENDEREÇO

Nº

BAIRRO

CEP

CIDADE

E-MAIL

## 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

  
Assinatura do Titular ou Responsável

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