

## FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

### DADOS DO BENEFICIÁRIO

Número do Cartão do Beneficiário:		Nome do Beneficiário:	
Empresa:	Plano:	Nome do Titular:	
Endereço:		Cidade:	UF:
		Tel. Com.: (    )	Tel. Res. (ou Cel.): (    )

### DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Nome do Cirurgião-dentista:	Telefone do consultório:
CRO:	CPF/CNPJ:
Endereço:	Cidade: UF:

### DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR PARA DEPÓSITO

(Por favor, preencher os campos abaixo com as informações corretas e legíveis. O não preenchimento correto isenta a Unimed Odonto de qualquer transtorno decorrente da não efetivação do pagamento).

Nome do Banco:		Número do Banco:	
Agência:	Dígito:	Conta Corrente:	Dígito:

### DETALHAMENTO DO TRATAMENTO

ITEM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	DENTE/ÁREA	FACES	VALOR COBRADO	DATA DE REALIZAÇÃO	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

### OBSERVAÇÕES DO CIRURGIÃO DENTISTA

--

Observação: Procedimentos não cobertos pelo plano contratado não serão reembolsados.

#### BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL

Declaro conhecer e concordar com os procedimentos descritos acima, autorizando a Unimed Odonto a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA DA CONSULTA INICIAL

\_\_\_\_\_

ASSINATURA

#### CIRURGIÃO DENTISTA

Declaro serem verdadeiras as informações descritas nesse documento, responsabilizando-me integralmente pelas mesmas.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA DA CONSULTA INICIAL                      DATA DE TÉRMINO DO TRATAMENTO

\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO

**IMPORTANTE:** Encaminhe esse Formulário de Solicitação de Reembolso devidamente preenchido juntamente com o recibo/nota fiscal original referente ao tratamento realizado.