



SOLICITAÇÃO PARA ANALISE DE REEMBOLSO

Nº DE PROTOCOLO
30448420
DATA
03/10/2022

DADOS CADASTRAIS

CÓDIGO DO CARTÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR
TELEFONE (DDD-Nº)
NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR
JOSE ALBERTO CRUZ MAIA
CÓDIGO DO CARTÃO SE DIFERENTE DO TITULAR
TELEFONE (DDD-Nº)
NOME DO BENEFICIÁRIO SE DIFERENTE DO TITULAR
SOFIA SANYOS MAIA
E-MAIL (OBRIGATORIO PARA ACOMPANHAMENTO DO PROTOCOLO)
ALBERTO CRUZ MAIA@GMAIL.COM
ENDEREÇO
R. GENERAL PORTINHO Nº 568
BAIRRO
CENTRO HISTORICO CEP 90010-360
CIDADE
PORTO ALEGRE UF RS NOME DA EMPRESA (SE CONTRATO COLETIVO)
ABRANGÊNCIA DO CONTRATO
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				
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	

A

Ausente

E

Extração Indecida

H

Hírido

C

Causado

R

Restaurado

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	CONSULTA ODONTOLÓGICA URGÊNCIA	11			180,00	180,00
02	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	11			50,00	50,00
03						
04						
05						
06						
07						

OBSERVAÇÕES

DADOS CIRURGIÃO DENTISTA SOLICITANTE

NOME DO CIRURGIÃO DENTISTA
ANDREA CATELAN CARLOS
CRO
23286
CPF
00537779051 TELEFONE (DDD-Nº)
51 32256499
ENDEREÇO
VENANCIO AIRES Nº 1111
BAIRRO
CIDADE BA.XA CEP
90040-193
CIDADE
PORTO ALEGRE E-MAIL
ANDREA.OFRESC@GMAIL.COM

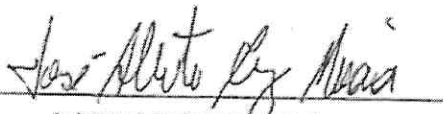
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

INSTITUIÇÃO BANCÁRIA
ITAU Agência
1138 Conta Corrente
53344-1 OPERAÇÃO (LTV)
CPF BENEFICIÁRIO
51185610278

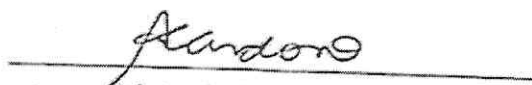
OBSERVAÇÕES GERAIS

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


Assinatura do Titular ou Responsável

Andréa C. Cardoso
Cirurgiã-Dentista
CRO/RS 23.286


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