

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		Tel. Comercial:	
CRO/UF:	CPF/CNPJ:		
Endereço:	Cidade:	UF:	

DADOS BANCÁRIOS DO TITULAR PARA DEPÓSITO

(O não preenchimento correto isenta a AESP Odonto de qualquer transtorno decorrente de não efetivação do pagamento)

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

DETALHAMENTO DO TRATAMENTO

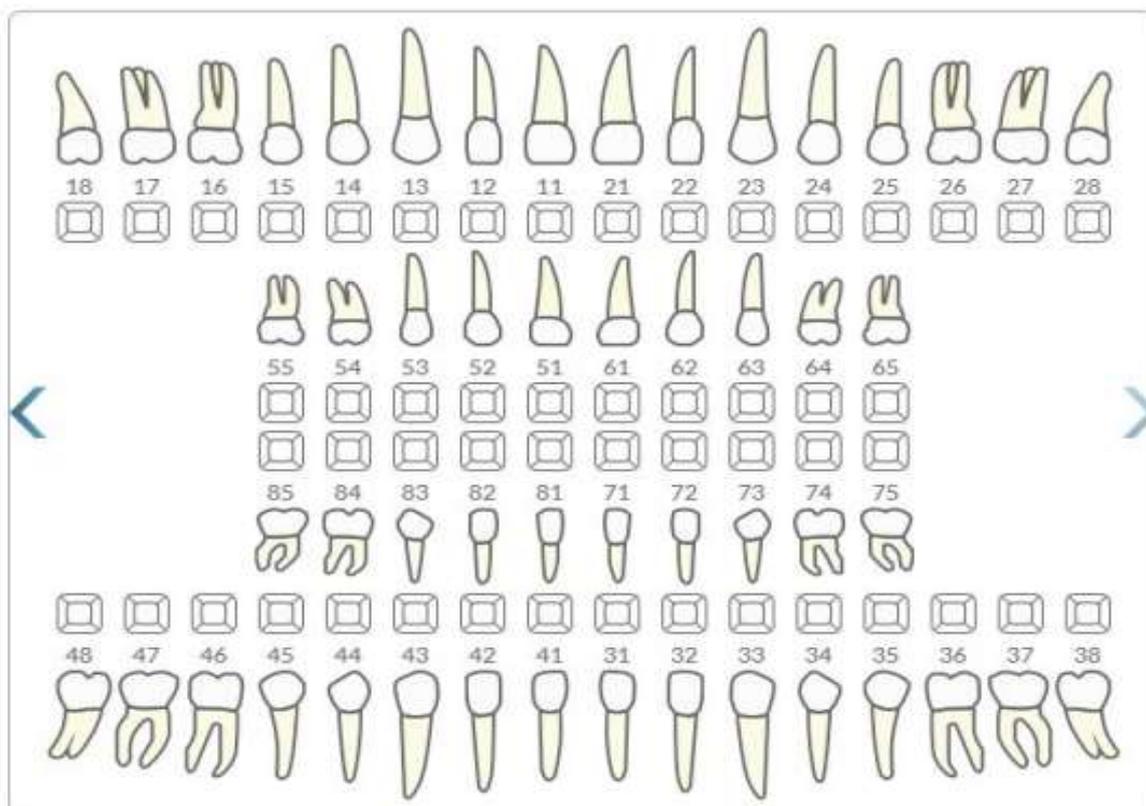


Diagrama de dentes humanos com numeração para detalhamento do tratamento. O diagrama mostra dentes superiores e inferiores, numerados de 11 a 28, 51 a 65, 71 a 75 e 41 a 48. Cada dente tem um ícone de tratamento correspondente e um quadrado para anotações.

DETALHAMENTO DO TRATAMENTO

ITEM	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	Dente/ Área	Faces	Valor Cobrado	Data	Ass. Do Benef
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

OBSERVAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA

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

Os documentos originais e o recibo não são devolvidos. Os eventos reembolsáveis, bem como os respectivos valores são definidos entre a empresa com a qual o beneficiário titular mantém vínculo e a Aesp Odonto.

Declaramos estar cientes e de acordo com as normas e os procedimentos descritos nesta solicitação, sobretudo da necessidade de apresentação de toda a documentação original, incluindo o recibo de pagamento do profissional (Nota Fiscal), e de toda documentação radiográfica referente ao tratamento informado. Declaramos ainda, ciência de que esta requisição será devolvida, caso todos os documentos pertinentes ao tratamento em questão não sejam apresentados corretamente.

BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL

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

____/____/____
Data da Consulta Inicial

ASSINATURA

CIRURGIÃO DENTISTA

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

____/____/____
Data da Consulta Inicial

____/____/____
Data de Término

ASSINATURA e CARIMBO

Encaminhe esse formulário de solicitação de reembolso devidamente preenchido juntamente com o recibo/nota fiscal original referente ao tratamento realizado para Alameda Grajaú, nº60 - sala 2814 - Alphaville - Barueri - SP - CEP 06454-050