

INFORME ODONTOLÓGICO



Associado Nº

Nome do Paciente _____ Fone () _____

Nome do Cirurgião Dentista _____

CRO (UF _____) _____ CPF/CNPJ _____

Endereço _____ Bairro _____

CEP _____ Cidade _____ Fone () _____

Todos os campos devem ser preenchidos obrigatoriamente.

Orientações para o Associado

O valor do reembolso é calculado de acordo com os limites do plano contratado por procedimento realizado.

Orçamento Prévio: Deverá haver coincidência entre os valores orçados e os valores realizados por procedimento, caso contrário, o valor do reembolso total será modificado.

Orientações para o profissional

O profissional executante deverá carimbar e assinar este documento. Por questão fiscal, no recibo devem constar **obrigatoriamente** carimbo e identificação do profissional, CPF/CNPJ, número do conselho profissional, endereço e telefone.

Todos os campos dos procedimentos devem ser preenchidos **obrigatoriamente**, com valor e datas discriminados individualmente.

Data	Descrição do procedimento (técnica e material utilizado)	Dente/ Região/ Arcada	Face					Valores (R\$)
			O/I	M	D	V	P/L	

Valor Total:

Os procedimentos de **exodontias** (extração dental), **implantes dentários e enxertos ósseos**, **endodontia** (tratamento de canal) e **próteses dentárias** devem **obrigatoriamente** apresentar as radiografias iniciais e finais junto com a documentação.

Data de término

Assinatura e carimbo do Cir. Dentista

Assinatura do Associado

ANS - n.º 35966-1

F-REB-01.00-SD v4

