

Formulário de solicitação de reembolso

ATENÇÃO! OS CAMPOS IDENTIFICADOS COM (*) SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO			
DADOS DO BENEFICIÁRIO (PACIENTE)			
*Nome do Paciente:			
*CPF:	*RG:	*Data nascimento:	
*Nº Carteirinha:			
*Endereço:	*Nº:	*Complemento:	*CEP:
*Cidade:	*UF:	*Tel. Res.:	
*E-mail:		*Celular:	

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR (Resp. Contratual)	
*Nome do Beneficiário Titular:	
CPF:	
Banco:	Corrente () Poupança ()
Agência:	
Conta:	
Chave PIX:	

DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA			
*Nome do Profissional ou da Clínica:			
*CNES:		*CRO:	
*CPF/CNPJ:	*RG:	*Data de Nascimento:	
Telefone: ()		E-mail:	
*Endereço:			
*Nº:		*Complemento:	
*Cidade:	*UF:	*CEP:	

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ VIR ACOMPANHADO DE TODA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA (NÃO SE ESQUEÇA DAS IMAGENS INICIAIS E FINAIS DOS TRATAMENTOS). Indispensáveis as assinaturas do beneficiário titular e cirurgião-dentista. O preenchimento deste formulário é de responsabilidade do Beneficiário Titular e do Cirurgião Dentista, sendo ambos responsáveis perante a Lei pela veracidade das informações nele contidas.
--

O nosso sorriso é único.

somoscoop»



