

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO						
PARA REEMBOLSO DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE						
UNIODONTO/RS FEDERAÇÃO						
IDENTIFICAÇÃO						
Nome do Estipulante / Empresa (Somente para Planos Coletivos)					Data da Emissão	
Código do Beneficiário Titular (Obrigatório)	Nome do Beneficiário Titular					
Município Residencial	E-mail (Obrigatório e em letra de forma)				Telefone	
DADOS PARA REEMBOLSO - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE						
* O VALOR DO REEMBOLSO PODERÁ SER CREDITADO PARA O TITULAR OU DEPENDENTE, DESDE QUE O CPF/MF INFORMADO SEJA DO TITULAR DA CONTA CORRENTE						
<input type="checkbox"/> Titular Conta Corrente	<input type="checkbox"/> Dependente Poupança	<input type="checkbox"/> Ordem de pagamento				
Nome do Banco	Nº. Banco	Nº. Agência	Dígito	Nº. Conta Corrente	Dígito	CPF/MF*
DADOS DO COMPROVANTE						
O preenchimento deste campo é obrigatório →			Informar o código da carteira do Beneficiário Dependente			
Nome do Beneficiário			Quantidade de Recibos		Valor Total por Paciente	
PROCEDIMENTOS EXECUTADOS (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)						
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO EXECUTADO	DENTE/REGIÃO		FACE(S)		R\$ (valor em reais por procedimento)	
<p>Observações: O reembolso será efetuado conforme o disposto contratual, somente nos casos de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA. São considerados atos de urgência e emergência: a) curativo em caso de hemorragia bucal; b) curativo de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose; c) imobilização dentária temporária d) recimentação de peça protética; e) tratamento de alveolite; f) colagem de fragmentos; g) incisão e drenagem de abscesso extra oral; h) incisão e drenagem de abscesso intra oral; e i) reimplante de dente avulsionado.</p> <p>NOTA IMPORTANTE: SEMPRE QUE HOUVER RX NO TRATAMENTO, por gentileza, encaminhar juntamente com a solicitação do reembolso, caso contrário, não teremos como reembolsar. Logo após análise, devolveremos o RX ao usuário.</p>						
Obs. O Reembolso será calculado com base na Tabela de Procedimentos utilizada pela Uniodonto Federação RS						
Após o preenchimento do formulário, anexar os recibos e encaminhar os mesmos para o seguinte email autorizacao01@uniodontors.com.br						
Rua Quintino Bandeira nº 64 - 1º andar - Edifício Sampaio - Bairro São Geraldo - Porto Alegre-RS CEP: 90.220-050 Tel: 51 3286-8554 Fax: 51 3225-7671 www.uniodonto-rs.com.br						