

**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	<input type="checkbox"/> Dependente					
<input type="checkbox"/> Conta Corrente	<input type="checkbox"/> 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)

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.

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.

Obs. O Reembolso será calculado com base na Tabela de Procedimentos utilizada pela Uniodonto Federação RS

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](http://www.uniodonto-rs.com.br)