



DADOS DO PACIENTE ATENÇÃO! OS CAMPOS IDENTIFICADOS COM (*) SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

*Nº da Carteira Bradesco Dental Empresa: Plano:
 *Nome Paciente:
 *CPF: RG: Data Nascimento:
 *Endereço Res.: *Nº.: *Complemento: *CEP:
 *Cidade: *Estado: Telefone Res.: Telefone Com.:
 Email: *Celular (com DDD):

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

*Nome do Beneficiário Titular:
 *CPF: *Nome do banco: *Nº do Banco:
 *Nº da agência: *Nº da conta corrente: *Dígito:

DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA

*Nome / Razão Social: CNES: CRO:
 Endereço: Complemento: Telefone:
 *CPF / CNPJ: CEP: Cidade: Estado:

ATENÇÃO! PARA A EFETIVAÇÃO COM SUCESSO DO REEMBOLSO SIGA AS INSTRUÇÕES ABAIXO:

- Preencha toda a DSO, principalmente os campos indicados como obrigatórios (*).
- Para compor o processo de reembolso, este formulário deve ser enviado juntamente com o recibo ou nota fiscal e toda a documentação clínica necessária (fotografias / radiografias iniciais e finais dos tratamentos).
- Para agilizar o processo, ter mais segurança e rastreabilidade em seu reembolso, envie preferencialmente para a Caixa Postal 261 CEP 06455-972 - Barueri - SP.
- 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.
- Em caso de dúvida, reclamação ou sugestão, será sempre um prazer atendê-lo através da Central de Relacionamento Bradesco Dental, 0800 602 3332.

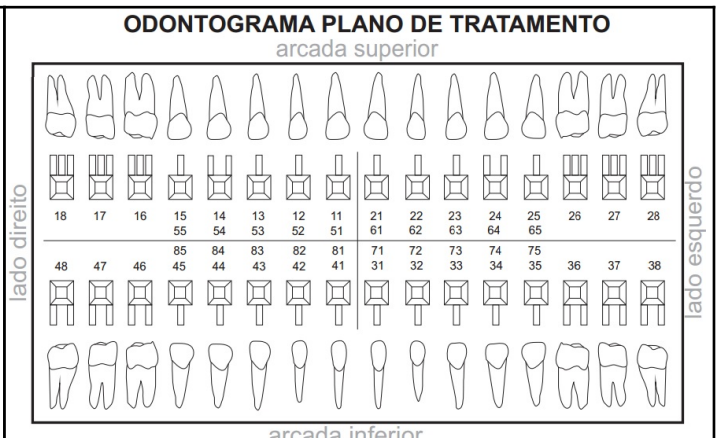
Código TUSS do Procedimento	*Descrição do Evento / Procedimento realizado	*Dente / Região	*FACES						*Valor individual (em R\$)	Data de Realização
			M	O	D	L	V	I		

***RECIBO**

Recebi de _____
 a importância _____
 referente _____

Valor R\$ _____

Carimbo Cirurgião - _____





77262483

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ORIENTAÇÕES PARA REEMBOLSO

- Leve a DSO (Descrição de Serviço Odontológico) na consulta com seu dentista.
- Preencha corretamente a DSO, principalmente os campos de preenchimento obrigatório.
- Preencha corretamente os DADOS BANCÁRIOS e o CPF do Beneficiário Titular.
- Envie a DSO para a Caixa Postal informada abaixo ou verifique com o RH outras formas de encaminhá-lo.
- Verifique corretamente os requisitos necessários para pagamento do reembolso.

Endereço para envio da DSO: Bradesco Dental S/A - Departamento Clínico - Setor de Livre Escolha Caixa Postal 261 - CEP: 06455-972 - Barueri - SP

1. PREENCHIMENTO DA DSO:

- Dados completos do Cirurgião Dentista e CPF.
- Dados bancários do Beneficiário Titular do plano e CPF.
- Dados obrigatórios.
- Número da Carteira Bradesco Dental e nome do paciente (em tratamento com o Cirurgião Dentista).
- Descrição do tratamento realizado, que deve conter: número do dente tratado, faces, área ou região da boca tratadas, descrição detalhada do evento realizado (um evento por linha) e valor cobrado pelo dentista (por evento realizado).

2. ENVIO DA DSO PARA REEMBOLSO:

- Solicitar preenchimento das informações sobre o tratamento com o Cirurgião Dentista responsável.
- Enviar a DSO e RECIBO ou NOTA FISCAL ORIGINAIS. O recibo ou nota fiscal deve ser emitido pelo Cirurgião Dentista, em valor igual ao total do tratamento realizado e descrito nesta DSO.
- Enviar a documentação clínica completa do caso, inclusive fotografias e/ou radiografias iniciais e finais dos tratamentos, em caso de dúvidas entre em contato com a Central de Relacionamento Bradesco Dental, 0800 602 3332.

3. EFETIVAÇÃO DO REEMBOLSO:

- A efetivação do reembolso de despesas odontológicas ocorrerá após confirmação das coberturas, e estará limitado a tabela pré acordada entre estipulante e a Bradesco Dental, nos limites anuais constantes das condições gerais e suas respectivas cláusulas.

IMPORTANTE: Os originais da DSO e do 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 Bradesco Dental.

Solicitação de Reembolso e Termo de Responsabilidade

Declaramos estar cientes e de acordo com as normas e os procedimentos descritos nesta DSO, sobretudo da necessidade de apresentação do original da DSO e do recibo de pagamento profissional, bem como da documentação radiográfica referente ao tratamento informado nesta DSO. Declaramos ainda, ciência de que esta DSO será devolvido, caso todos os documentos pertinentes ao tratamento em questão não sejam apresentados corretamente.

_____, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Beneficiário Titular

Assinatura do Cirurgião - Dentista

Observações:
