

# Formulário de Solicitação de Reembolso Odontológico (FSR)

## IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO – PACIENTE

Nome Completo do Paciente		
Código de Identificação– Paciente		
(DDD)	Fone Paciente/Responsável	E-mail

## IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DO PLANO

Nome Completo Titular do Plano	CPF Titular
E-mail	Telefones

## IDENTIFICAÇÃO DO DENTISTA (PF) / CLÍNICA ODONTOLÓGICA (PJ) – (NÃO CREDENCIADO SulAmérica Odontológico)

Nome Completo (PF) ou Razão Social (PJ) – Dentista/Clínica Executante			
CNPJ (PJ) / CPF (PF)		CRO	UF
Telefones			
(DDD)	Fone	E-mail	

Descrição dos Procedimentos: Preencher apenas 01 dente ou região por linha (Solicitação de Reembolso: necessário preencher a Data de Atendimento)

No.	Data do atendimento	Dente/ Região	Face	Descrição do Procedimento	Valor (R\$)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
<u>Valor Total Solicitado</u>					

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Dentista /Resp. Clínica Odontológica (sob carimbo)

\_\_\_\_\_  
Beneficiário Paciente ou Titular do Plano

ANS - nº 416428

ANS - nº 417815

ANS - nº 006246