

Solicitação de reembolso odontológico

Nome Titular: _____	CPF Titular: _____
<input type="checkbox"/> Procedimento Realizado pelo próprio titular	<input type="checkbox"/> Procedimento Realizado por dependente:
Nome do Dependente se for o caso: _____	
E-mail _____ Fone _____	
Assinale uma das opções para o depósito, indicando para quem o reembolso deve ser realizado e preencha os dados bancários na opção escolhida:	
<input type="checkbox"/> Dados Bancários do Titular: Banco _____ Agência: _____ C/C _____ CPF Titular da Conta _____	
<input type="checkbox"/> Dados Bancários do Dependente: Banco _____ Agência: _____ C/C _____ CPF Titular da Conta _____	
**IMPORTANTE: O depósito será realizado apenas para TITULAR ou DEPENDENTE que realizou o procedimento. EM HIPÓTESE ALGUMA SERÁ REALIZADO O DEPÓSITO EM CONTA DE TERCEIROS. AINDA QUE O DEPENDENTE NÃO TENHA CONTA BANCÁRIA.	

() **Consulta Odontológica:** Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido; Descrição detalhada dos valores cobrados e data do atendimento no corpo da nota fiscal/recibo ou relatório à parte, datado e assinado pelo executor;

() **Profilaxia (Limpeza)/ Prevenção:** Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido; Descrição detalhada dos valores cobrados e data do atendimento no corpo da nota fiscal/recibo ou relatório à parte, datado e assinado pelo executor e Raio x para os casos de raspagem subgingival.

() **Restauração:** Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido; Descrição detalhada dos valores cobrados (nº do dente, nº de faces e material utilizado) data do atendimento no corpo da nota fiscal/recibo ou relatório à parte, datado e assinado pelo executor;

() **Endodontia (tratamento de canal):** Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido; Descrição detalhada dos valores cobrados (nº do dente, nº de raízes) data do atendimento no corpo da nota fiscal/recibo ou relatório à parte, datado e assinado pelo executor; radiografias.

() **Coroas e pinos:** Cópia do Raio x; Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido; Descrição detalhada dos valores cobrados (nº do dente e material utilizado) data do atendimento no corpo da nota fiscal/recibo ou relatório à parte, datado e assinado pelo executor;

() **Exodontia (Extração):** Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido; Descrição detalhada dos valores cobrados (nº do dente) data do atendimento no corpo da nota fiscal/recibo ou relatório à parte, datado e assinado pelo executor;

() **Radiografia e ou Tomografia Cone Beam:** Nota fiscal em nome do beneficiário atendido; Cópia de pedido odontológico. Para radiografia é necessário constar o tipo de radiografia.

() **Placa miorrelaxante (placa para bruxismo):** Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido; Descrição detalhada dos valores cobrados no corpo da Nota ou Recibo.

() **Periodontia, Cirurgia:** Nota fiscal ou recibo em nome do beneficiário atendido; Descrição detalhada dos valores cobrados (nº do dente, nº de faces, raízes, material utilizado, Raio x, Honorário do dentista) data do atendimento no corpo da nota fiscal/recibo ou relatório à parte, datado e assinado pelo executor. Se for em Hospital, cópia do relatório cirúrgico.

Observações:

- São aceitos para reembolso nota fiscal (pessoa jurídica) ou recibo (pessoa física) datado e assinado pelo executor;
 - I - **se pessoa física:** recibo deve ser emitido pelo profissional contendo número do registro no respectivo conselho regional e número de inscrição no cadastro de contribuintes do Ministério da Fazenda – **CPF, endereço e ou CNS do profissional;**
 - II - **se pessoa jurídica:** a nota fiscal deve ser emitida contendo número de registro no **CNPJ;**
- Se a Nota fiscal ou o Recibo for emitido em nome do titular e o tomador dos serviços é um dependente, escrever no corpo da nota ou do recibo quem recebeu os serviços;
- O prazo para solicitação de reembolso é de 12 meses a contar da data do atendimento;
- A Casacaresc fará o reembolso em até 30 (trinta) dias, após o recebimento dos documentos citados acima.

O envio dos documentos deve ser por:

- **Email:** reembolso@casacaresc.org.br ou **Whatsapp:** (48) 98844-2114 (com foto legível) ou
- **Carta ou presencial:** Rodovia Admar Gonzaga, Número1347, Bairro Itacorubi – Florianópolis- SC- CEP: 88034-901; ou
- **Via malote da Epagri**

Importante: A falta de documento/informação no prazo de 30 dias, a contar da solicitação do reembolso, implicará devolução ou arquivamento temporário processo para regularização.

Leia atentamente as informações acima e, em caso de dúvidas, enviar no email reembolso@casacaresc.org.br ou por telefone no (48)3665 5473.

_____, _____ de _____ de 20____.
(Local, dia mês e ano)

Assinatura do Beneficiário solicitante