

INFORME ODONTOLÓGICO



Associado Nº

Nome do Paciente _____

Data de Nascimento ____/____/____ Fone () _____ Email _____

Nome do Cirurgião Dentista _____

CRO (UF _____) _____ CPF/CNPJ _____

Endereço _____ Bairro _____

Cidade _____ Fone () _____ Email _____

Todos os campos devem ser preenchidos obrigatoriamente.

Orientações para o Associado

O valor do reembolso é calculado de acordo com os limites do plano contratado por procedimento realizado.

Orçamento Prévio: Deverá haver coincidência entre os valores orçados e os valores realizados por procedimento, caso contrário, o valor do reembolso total será modificado.

Orientações para o profissional

O profissional executante deverá carimbar e assinar este documento. Por questão fiscal, no recibo devem constar **obrigatoriamente** carimbo e identificação do profissional, CPF/CNPJ, endereço e telefone.

* A tabela de procedimentos poderá ser obtida no site www.omint.com.br para facilitar a descrição.

Todos os campos dos procedimentos devem ser preenchidos **obrigatoriamente**, com valor e datas discriminados individualmente.

