

Reembolso Odontológico (livre escolha)

Informações do titular

Nome completo		Matrícula	
E-mail particular			
E-mail institucional			
Telefone residencial		Telefone celular	

Informações sobre documentação necessária

Nota fiscal ou Recibo, sem emendas ou rasuras, contendo: 1) nome do beneficiário atendido; 2) descrição dos procedimentos realizados; 3) valor total; 4) número da nota; 5) data da emissão. ① No caso de recibo, deverá constar também o nome, especialidade, CRO, CPF, carimbo e assinatura do profissional.	<u>Tratamento ortodôntico e ortopédico dos maxilares:</u> 1) Laudo firmado por cirurgião-dentista que assiste o beneficiário, inscrito como especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial ou Ortopedia Funcional dos Maxilares no Conselho Regional de Odontologia (CRO), contendo: • Nome do beneficiário; • Diagnóstico morfofuncional; • Arcada na qual será colocado o aparelho; • Nome do aparelho a ser utilizado; • Duração estimada do tratamento; • Prognóstico; • Data, assinatura e carimbo do profissional com o respectivo CRO. ① Esse laudo é dispensado para reembolso da manutenção dos aparelhos de ortodontia, limitado o reembolso a 24 consultas.	<u>Tratamento odontológico:</u> 1) Laudo descritivo dos procedimentos realizados conforme tabela TUSS, contendo: • Valor unitário; • Quantidade de cada procedimento; • Indicação de dente ou região. 2) Exames radiográficos finais para os procedimentos de prótese, implante, cirurgias e endodontias (canal).
---	--	--

① O beneficiário perderá o direito ao reembolso caso não se submeta à perícia final presencial, quando exigida, e não apresente os documentos constantes do art. 7º, acima elencados, conforme disposto no [AD 95/2019](#).

① A nota fiscal ou o recibo somente serão aceitos se emitidos no ano em curso, excetuado o caso de emissão em dezembro, situação em que o beneficiário terá até o dia 31 de janeiro do ano subsequente para apresentá-la ao STF-Med, nos termos do [AD 95/2019](#).

Selecione o motivo da solicitação*:

- ☐ Escolha Pessoal
- ☐ Inexistência de prestador na rede credenciada ou conveniada, comprovada pela CMED

* sem marcação do motivo será considerado 'escolha pessoal'.

Informações do pedido de reembolso

Beneficiário atendido	Procedimento	Valor R\$	Nº da NF ou Recibo	Data da NF ou Recibo
	Escolha um item			
	Escolha um item			
	Escolha um item			

Solicito reembolso da(s) despesa(s) acima discriminada(s), encaminhando a documentação necessária para habilitar-me ao reembolso e estou ciente dos [normativos vigentes](#).

Local e Data:

Assinatura do titular: