Agros
Instituto UFV de Seguridade Social

Av. Purdue s/n - Campus UFV
Viçosa - MG
CEP 36570-900

ANS - nº 368920

Formulário de Reembolso Odontológico

Requerente (Nome Completo do Titular ou Pensionista)	Matrícula
Nome Completo do Paciente	Matrícula

Tratamento executado

Data da Realização	Descrição dos procedimentos realizados	Dente / Região	Face	Quantidade	Valor Cobrado

OBSERVAÇÕES

1 - Atendimento de urgência/emergência: informar o horário:_____:____.

2 - O reembolso está limitado às coberturas previstas no regulamento do plano, estando em conformidade com o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

3 - Os procedimentos realizados estão sujeitos à Auditoria Odontológica conforme os critérios estabelecidos no Referencial de Procedimentos Odontológicos. Para os procedimentos que necessitem de auditoria inicial e/ou final deverão ser encaminhados o laudo sobre o quadro clínico inicial e exames complementares.

4 - Os valores reembolsados obedecem às tabelas praticadas na rede credenciada. Os valores de coparticipação previstos no regulamento serão descontados.

5 - O pedido de reembolso deve ser feito em até 12 (doze) meses da data de realização do procedimento, conforme previsto em regulamento.

6 - O comprovante de despesas (recibo ou nota fiscal) deve ser feito em nome do titular ou dependente. Deve conter a identificação do paciente atendido (mesmo que tenha sido o próprio titular), o nome do profissional responsável pelo atendimento ou nome da instituição (caso seja pessoa jurídica), os registros do CRO do profissional e/ou da pessoa jurídica, e o CPF (pessoa física) ou CNPJ (pessoa jurídica).

7 - Para reembolso de prótese, **favor** especificar o material utilizado.

8 - O valor cobrado pelos procedimentos descritos deve ser compatível com o valor dos recibos e/ou nota fiscal apresentados.

9 - Caso o beneficiário opte por não apresentar documentação radiográfica, deve apresentar declaração de próprio punho.

10 - A veracidade das informações relacionadas ao tratamento é de responsabilidade do beneficiário.

11 - O beneficiário abaixo assinado atesta ciência que o Agros disponibiliza rede credenciada para a realização do procedimento em questão.

Data e Assinatura do Cirurgião Dentista (especialidade e carimbo)

Data e Assinatura do titular ou dependente