

REQUERIMENTO DE REEMBOLSO DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS

LOCAL E DATA: _____

BENEFICIÁRIO: _____

RG: _____ - CPF: _____

CARTEIRINHA Nº _____

Venho por meio deste solicitar à Uniodonto de Campo Grande reembolso das despesas com atendimento odontológico prestado pelo(a) dentista _____, CRO _____, com essa finalidade anexo a este requerimento os seguintes documentos:

- 1- Orçamento datado e assinado pelo dentista
- 2- Nota Fiscal emitida pelo profissional ou Clínica responsável pelo atendimento
- 3- Recibo, datado e assinado pelo dentista

Atenciosamente,

Nome:

CPF