

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nº Cartão	Nome do paciente
CPF	DDD - Telefone

DADOS DO EXECUTANTE

CNPJ/CPF	Nome	
Especialidade	Registro CRO	
Cidade	UF	DDD - Telefone

SITUAÇÃO INICIAL																
Situação inicial																
Permanentes	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Situação inicial																

Senha/Autorização

Valor solicitado R\$

DADOS DA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Data realização	Procedimento		Dente/ Segmento	Face					Valor Apresentado
	Código	Descrição		M	D	V	O	L/P	

DECLARAÇÃO

Declaro que, após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceitei e autorizei a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e regras e custos previstos nos regulamentos pertinentes.

Declaro, sob as penas dos artigos 171 e 299 do Código Penal e 927 do Código Civil, que o(s) Serviço(s) Odontológico(s) descrito(s) no(s) documento(s) e/ou recibo(s) foi (foram) por mim devidamente pago(s)

 / /
Data

Assinatura do Paciente / Responsável

ATENÇÃO

- Consulte o portal Cabesp (www.cabesp.com.br) sobre as orientações e quesitos necessários para solicitação de REEMBOLSO ODONTOLÓGICO;
- Preencha corretamente todos os campos GUIA DE REEMBOLSO ODONTOLÓGICO (MCABESP 0211), assine e anexe cópia do recibo ou nota fiscal do paciente informado acima;
- Encaminhe a documentação pelos Correios no endereço abaixo ou entregue em nossa Central de Atendimento:

CABESP

Avenida Liberdade, 823 - 10º Andar - Liberdade - São Paulo - SP. CEP 01503-001

Para maiores informações ligue DISQUE CABESP: 0800 722-2636