

## 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

## **Senha/Autorização**

## **Valor solicitado R\$**

## DADOS DA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO

## **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](http://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

Rua Boa Vista, 293 - Centro, São Paulo-SP - CEP 01014-915

**Para maiores informações ligue DISQUE CABESP: 0800 722-2636**