



Pedido de Reembolso

Odontológico Dependentes



DESBAN
Fundação BDMG de
Seguridade Social

Clique nos campos abaixo para editar

Nº do titular

Nome do titular:

Tel / Cel:

Nº do dependente

Nome do dependente:

Data do atendimento: ___ / ___ / ___

CPF / CNPJ DO RECIBO OU NOTA FICAL: _____

Dentista responsável:

CRO: _____



É de **extrema importância o correto preenchimento da identificação** de quem de fato realizou a despesa, quando do preenchimento do formulário de solicitação de reembolso, pois o mesmo impacta diretamente nos dados informados à receita federal na Declaração Anual do Imposto de Renda e na sua DMED anual.

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO (PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL, SE POSSÍVEL)

Procedimentos executados (código, se possível)	Quantidade	Exame (RX) anexado	Valor
		SIM () NÃO ()	
		SIM () NÃO ()	
		SIM () NÃO ()	
		SIM () NÃO ()	
		SIM () NÃO ()	
		SIM () NÃO ()	
		SIM () NÃO ()	
		SIM () NÃO ()	

Valor total das despesas:

R\$