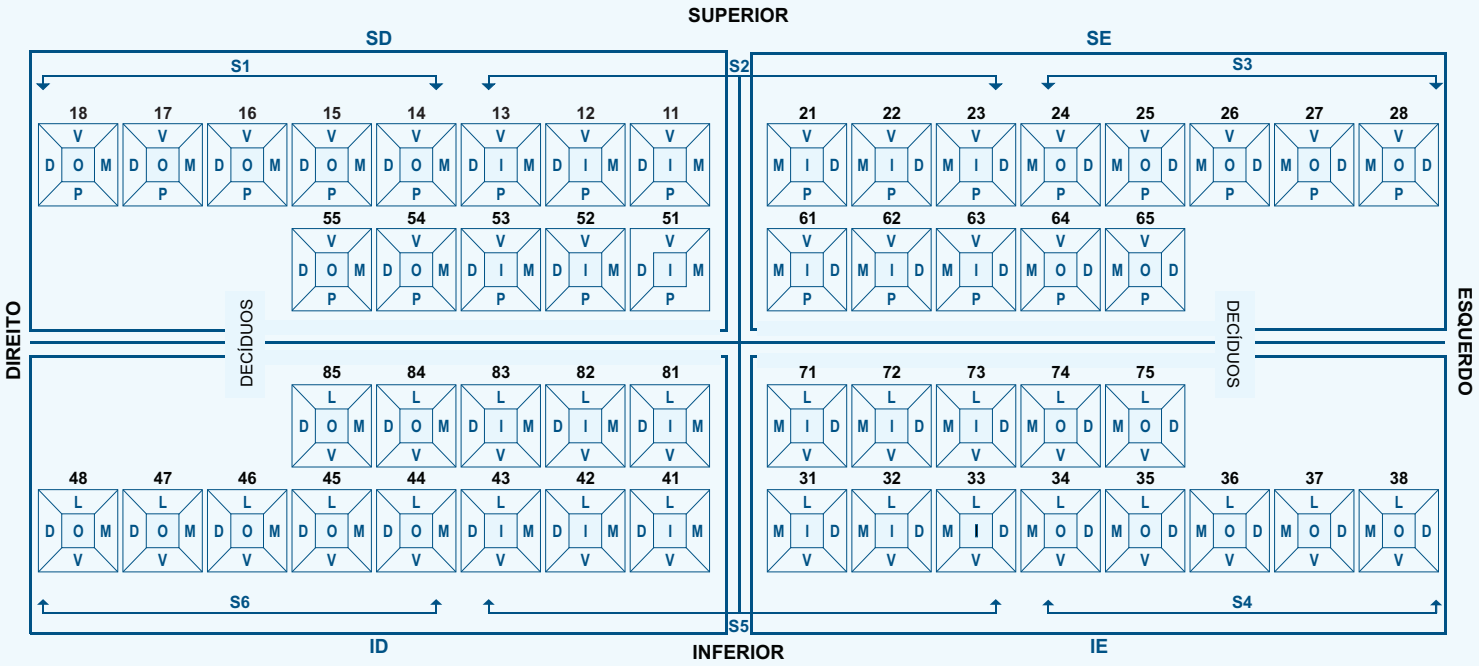
FUNDAÇÃO COPEL | **Ficha Odontológica - FOA - Reembolso à vista** | **ANS - nº 355151**

REGISTRO: _____/____/____	PACIENTE:	TELEFONE:
PROFISSIONAL:	CRO:	CPF/CGC:
ESPECIALIDADE:	Nº DA NOTA FISCAL/RECIBO:	TELEFONE:
ENDEREÇO:	CIDADE:	ESTADO:

ODONTOGRAMA DAS ARCADAS



LAUDO DE AVALIAÇÃO ☐ NÃO ☐ SIM	NÚMERO DO LAUDO:	NÚMERO DA GUIA DE AUTORIZAÇÃO:

PERITO

PERÍCIA INICIAL: ____/____/____ PARECER FAVORÁVEL: ☐ VIDE LAUDO: ☐	PERÍCIA FINAL: ____/____/____ PARECER FAVORÁVEL: ☐ VIDE LAUDO: ☐
ASSINATURA/CARIMBO/CRO	ASSINATURA/CARIMBO/CRO

CÓDIGO	QTDE	DATA	VALOR (R$)	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	SEG-MENTO	Nº DO DENTE	FACES	RUBRICA DO PACIENTE

SUBTOTAL A TRANSPORTAR ➡

41.3883 6000 I R. Treze de Maio, 616 I São Francisco I 80510.030 I Curitiba I PR I www.fcopel.org.br

CÓDIGO	QTDE	DATA	VALOR (R$)	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	SEG-MENTO	Nº DO DENTE	FACES	RUBRICA DO PACIENTE

1 - É necessário o preenchimento correto e completo desta ficha Odontológica - FOA, inclusive do odontograma.
2 - É obrigatória a realização da perícia inicial e final segundo as ORIENTAÇÕES da tabela vigente.
3 - Não serão aceitos, para fins de pagamento, documentos sem o laudo da perícia (caso necessário), documentos com rasuras, erro de valores/códigos ou sem a assinatura/rubrica do beneficiário.
4 - Para tratamento odotológico fora da rede conveniada, o reembolso só será viável mediante a apresentação do **recibo ou nota fiscal** emitidos pelo profissional que efetuou o tratamento.

TÉRMINO DO TRATAMENTO _____|_____|_____
DATA

ORÇAMENTO R$ _____

TOTAL REALIZADO R$ _____

OBS.: _____

_____

_____

_____

_____
ASSINATURA/CARIMBO/CRO

_____|_____|_____
DATA

Declaro estar ciente da obrigatoriedade, se solicitado, da realização da perícia inicial e final e autorizo a FUNDAÇÃO COPEL a creditar em conta corrente do titular os valores de reembolso de acordo com o regulamento de ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA em vigor, referentes a este documento, assumindo total responsabilidade sobre a veracidade das informações prestadas, sob pena de ter negada a solicitação de reembolso.

_____
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

_____|_____|_____
DATA

41.3883 6000 I R. Treze de Maio, 616 I São Francisco I 80510.030 I Curitiba I PR I www.fcopel.org.br