

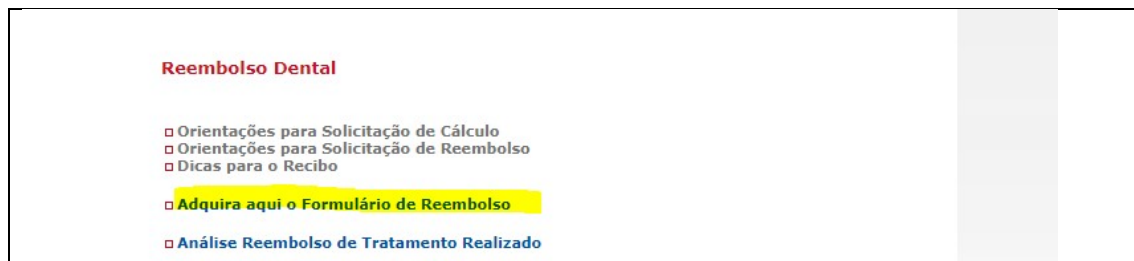
**1º Passo: Realizar o login e acessar a área dental.**



**2º Passo: Clicar em orientações de reembolso.**



**3º Passo: Clicar em adquira aqui o formulário de reembolso.**



**4º Passo: Após baixar o formulário, preencher suas informações pessoais e levar para o dentista preencher o restante.**

Descrição de Serviço Odontológico (DSO)					
		ANS - nº 30194-0		77301788	
		ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO			
DADOS DO PACIENTE		ATENÇÃO! OS CAMPOS IDENTIFICADOS COM (*) SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO			
*Nº da Carteira Bradesco Dental		Empresa:		Plano:	
*Nome Paciente:					
*CPF:		RG:		Data Nascimento:	
*Endereço Res.:		*Nº.:		*Complemento:	
*Cidade:		*Estado:		*CEP:	
Email:		Telefone Res.:		Telefone Com.:	
		*Celular (com DDD):			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR					