

A - Requerimento

Dependência		Valor requerido - R\$
Matrícula / dv	Requerente	
Paciente	Parentesco	
Nome do dentista / Médico	Parentesco paciente / Odontólogo	1 - Sim 2 - Não
Adiantamento suplementar 1 - Sim 2 - Não	Para cobertura de despesas com manutenção mensal de aparelho ortodôntico	Valor requerido - R\$

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas e que estou ciente de minhas obrigações regulamentares quanto à liquidação do débito e sobre as comprovações exigidas. Caso as comprovações não sejam apresentadas em tempo hábil, autorizo o débito do adiantamento, de uma só vez, em minha conta corrente. Sou associado da CASSI e da PREVI/CAPEC (exceto no caso de pensionista).

Local e data	Assinatura do requerente
--------------	--------------------------

Atenção : No caso de dispensa de perícia, justificar.

Justificativa da dependência	
Data	Carimbo e assinatura da dependência

1. Perícia inicial

<input type="checkbox"/> Comprovamos a identificação do paciente e julgamos necessária a execução dos serviços orçados.	CRO	CPF
<input type="checkbox"/> É razoável o prazo para conclusão do tratamento.		
<input type="checkbox"/> Os valores orçados estão compatíveis com os preços praticados pelo mercado.		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
	Carimbo e assinatura do perito	

2. Perícia final

<input type="checkbox"/> Comprovamos a conclusão do tratamento.	CRO	CPF
<input type="checkbox"/> Os materiais empregados foram os constantes do orçamento.		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
	Carimbo e assinatura do perito	

