connectmed

CIESB – CENTRAL DE INFORMAÇÃO E ENCAMINHAMENTO SHELL/BASF **Odontologico**

Adiantamento ☐ Comprovação ☐ Data:____/____/_____ Protocolo:

Nome do Paciente:		**CPF:**	**nº Carteirinha CIESB**
Endereço:	**Bairro:**	**Cidade:**	**UF:**
CEP:	**Email:**		**Telefone:**
Nome do titular da conta do banco:		**CPF do titular da conta do banco:**	
Banco:	**Agência:**	**Conta:**	**Corrente** **Poupança** ☐

☐ Declaro estar ciente que o valor solicitado será depositado na conta/ agência bancária informada acima pertencente ao titular ou representante legal.

Descrição do Procedimento	**Número do Dente**	**Face**	**Valor R$**
		Total:	

Dados do Dentista

Nome do Dentista:	CRO:
CPF/CNPJ:	Telefone:
Endereço:	Bairro:
Cidade:	UF:

Eu,_____Solicito através deste requerimento o valor total acima informado para realização dos procedimentos discriminados.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Dentista

Poderá ser solicitado exames complementares para a liberação do adiantamento e comprovação, afim de garantir a qualidade do procedimento a ser realizado.
Importante: A prestação de contas deve ser realizada em até 60 dias, caso seja necessário realizar a devolução de algum valor favor contatar o CIESB para orientação: 0800 101 1000

ciesb
R. Bernardino de Campos, 230
6º andar – sala 608 – Centro Campinas
Campinas – SP | CEP 13001-151 |Tel. PABX: (19) 3211-0901
Ciesb: ciesb@gamasaude.com.br