

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE ORTODONCIA

Fecha		

1. DATOS DEL TITULAR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Cédula de Identidad	Empresa

Solicita Prestación Odontológica para:	
Titular	<input type="checkbox"/>
Familiar	<input type="checkbox"/>

Firma

En caso de que la prestación corresponda a un familiar, completar los datos que siguen:

2. DATOS DEL FAMILIAR

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Cédula de Identidad	Domicilio

Fecha de Nacimiento

Firma

Relación	Documentación que debe adjuntarse (*)
Cónyuge	Partida de Matrimonio
Hijos	Partida de Nacimiento
Padres	Partida de Nacimiento del titular

(*) Se deberá presentar en caso de que el familiar no se encuentre incorporado a CEFASE

3. DATOS DE LA EMPRESA

Certificamos que la información antes detallada concuerda con nuestros registros.

Fecha		

Sello y Firma

4. DATOS DEL SEGURO

Fecha
Resolución

Pase a primera fiscalización, adjuntando presupuesto del odontólogo tratante

Sello y Firma

Válido hasta:

Marcar el fiscal de su preferencia:

Dra. Cristina Pariani	2908 9409	<input type="checkbox"/>
Dra. Alessia Molinari	2706 5626	<input type="checkbox"/>

NOTA: Adjuntar firmado "Reglamento de Asistencia de Ortodoncia – CEFASE"