|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|                      |  | Senha |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do beneficiário | Telefone contato |
|       | (   )       |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do titular | Matrícula |
|       |       | - |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do(a) profissional | Nº do CRO | Especialidade | Telefone contato |
|       |       |       | (   )       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Item | Descrição do serviço a executar (informar elemento) | Dente / face e /ou região | Quant. | Cód. tabela de honorário da TUSS | Valor R$r |
| 1 |       |  |       |       |       |
| 2 |       |  |       |       |       |
| 3 |       |  |       |       |       |
| 4 |       |  |       |       |       |
| 5 |       |  |       |       |       |
| 6 |       |  |       |       |       |
| 7 |       |  |       |       |       |
| 8 |       |  |       |       |       |
| 9 |       |  |       |       |       |
| 10 |       |  |       |       |       |
|  | Valor total R$ |       |

|  |
| --- |
| Observação da area técnica |
|       |
|       |
|       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | AT - Aprovado tratamento | [ ]  | AP - Aprovado parcialmente, conforme descrição | [ ]  | NA - Não aprovado |

|  |
| --- |
| Descrição do plano de tratamento |
|       |
|       |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Carimbo do dentista (obrigatório) | Assinatura do dentista | Data  |
|  |  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do beneficiário / representante | Data |
|  |       |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES AO SOLICITANTE DA ATO**⦁ Este formulário não pode ser rasurado e seu preenchimento deverá ser completo e legível, devendo ser encaminhado através do Portal do Beneficiário, opção Fale Conosco – selecionar a categoria “ATO - Autorização de Tratamento Odontológico livre escolha”⦁ A Tabela contendo as regras técnicas para o reembolso odontológico com os códigos TUSS e a documentação necessária (radiografias, exames, laudos, relatórios) para a solicitação de autorização do tratamento odontológico, estão disponibilizadas no site da FRG.⦁ Caso os procedimentos solicitados necessitem do envio de documentação inicial, os mesmos deverão ser encaminhados junto a ATO. Para que a documentação radiológica seja encaminhada com nitidez, a imagem deve ser feita sobre o aparelho de negatoscópio no consultório do dentista ou sobre a tela branca de um computador. ⦁ A autorização do tratamento odontológico solicitado na ATO não garante o seu pagamento pela FRG nos casos em que o saldo anual odontológico estiver excedido.⦁ É responsabilidade do beneficiário, acompanhar o saldo anual odontológico conforme descrito no Regulamento do seu Plano Odontológico.⦁ Somente farão jus a cobertura do plano odontológico os procedimentos realizados até a data de término do benefício, mesmo que a ATO esteja dentro do prazo de validade.⦁ No caso de ausência de documentação obrigatória ou complementar, o beneficiário será comunicado e terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para a devida apresentação. Caso não encaminhe dentro do prazo em referência, o beneficiário deverá realizar nova solicitação, com apresentação de toda documentação necessária. |

FRG 098 - Rev 3