

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	Quant.	Cód. tabela de honorário da TUSS	Valor R\$
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
Valor total R\$					

Observação da area técnica

<input type="checkbox"/> AT - Aprovado tratamento	<input type="checkbox"/> AP - Aprovado parcialmente, conforme descrição	<input type="checkbox"/> 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 para o e-mail: reembolso_odonto@frg.com.br.
- 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.
- 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.