|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 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