



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS – TJDFT  
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E BENEFÍCIOS – SEAB  
COORDENADORIA DE APOIO AO BENEFICIÁRIO E AO PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE – COABE  
NÚCLEO DE CADASTRO DE BENEFICIÁRIO E PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE – NUCAB

Nº DA FICHA

## FICHA ODONTOLÓGICA

Campo 01 (Dados)

NOME DO TITULAR

MATRÍCULA

NOME DO DEPENDENTE

TELEFONE DE CONTATO

ASSINATURA DO PROFISSIONAL / CARIMBO

CNPJ/CPF

ENDEREÇO E TELEFONE COMERCIAIS

Campo 02  
(Odontograma)

Campo 03 (Descrição dos Serviços)

CÓDIGO DO SERVIÇO

Nº DENTE OU SIGLA REGIÃO

PREÇO UNITÁRIO

TOTAL

Uso do Pró-Saúde

PERITO

VALOR DO REEMBOLSO

Campo 04 (Perícia)

ASSINATURA DO USUÁRIO (campo opcional, conforme exigência do odontólogo perito)

PERÍCIA INICIAL

/ /

PERÍCIA FINAL

/ /

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DA FICHA ODONTOLÓGICA (FO)

### CAMPO 01 – DADOS

Esse campo deverá conter os dados pessoais e profissionais relativos ao Titular, ao Dependente e ao Profissional responsável pelo tratamento. No espaço reservado à assinatura do Profissional, é imprescindível a presença do carimbo contendo nome completo, número do CRO e CPF/CNPJ. Na falta de um desses dados, o dado faltante deverá ser preenchido no espaço restante.

### CAMPO 02 – ODONTOGRAMA

Campo de preenchimento obrigatório por parte do profissional, que deverá assinalar as faces onde serão realizados os procedimentos de Dentística e Prótese.

### CAMPO 03 – DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

1 – Dos Itens:

Deve ser preenchido conforme o código do serviço constante na Tabela Própria do Pró-Saúde.

B – Nº do Dente o Sigla da Região

Deve ser preenchido com os números dos dentes nos quais o mesmo procedimento será realizado, e notação moderna (de 18 a 48 para dentição permanente e de 55 a 85 para dentição decidua). No caso de procedimentos realizados por região, o item deverá ser preenchido com as siglas das respectivas regiões da boca.

C – Preço Unitário

Deve ser preenchido com o preço unitário do procedimento a ser realizado.

D – Total

Deve ser preenchido com o valor correspondente a multiplicação do valor unitário pelo número de procedimentos listados na respectiva linha.

E – Uso do Pró-Saúde

Não preencher.

### OBSERVAÇÕES:

1. Todos os campos da Ficha Odontológica deverão ser preenchidos sem rasuras.
2. Nos casos de tratamento endodôntico, favor enviar a radiografia de diagnóstico para a perícia inicial e a radiografia final para a perícia final.
3. Os procedimentos de prótese previstos para reembolso limitam-se aos seguintes códigos: 4040 (Restauração Metálica Fixa), 4080 (Núcleo Metálico Fixo), 4090 (Coroa Provisória), 4130 (Cerômero), 4150 (Coroa de Venner), 4160 (Coroa Total Metálica) e 4170 (Coroa 3/4 ou 4/5). Tais procedimentos destinam-se a reconstruções unitárias, não podendo ser incluídas em pontes fixas.
4. Nenhum procedimento poderá ser realizado sem perícia inicial prévia.
5. As perícias deverão ser agendadas por meio do telefone 3103-6030.
6. A Nota Fiscal dos serviços prestados deverá vir em primeira via e sem rasuras. Se for recibo, esse deverá vir em primeira via, sem rasuras, e conter a assinatura e o carimbo do profissional.
7. Para dar entrada com o pedido de reembolso no Pró-Saúde, são necessários os seguintes documentos: Ficha Odontológica preenchida e sem rasuras, perícias, inicial e final, concluídas e recibo ou nota fiscal correspondentes ao tratamento, em nome do beneficiário titular ou do dependente.

### OBSERVAÇÕES DO PROFISSIONAL: