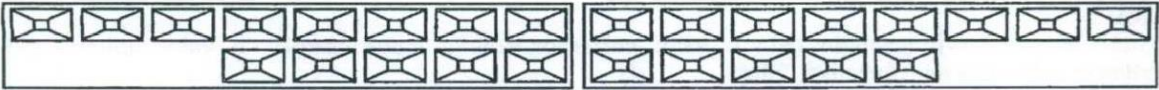



PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E BENEFÍCIOS SOCIAIS – PRÓ-SAÚDE

FICHA ODONTOLÓGICA

CAMPO 01 (DADOS)	NOME DO TITULAR	Nº DA FICHA
	NOME DO DEPENDENTE	MATRICULA
	ASSINATURA DO PROFISSIONAL / CARIMBO	TELEFONE DE CONTATO
	ENDEREÇO E TELEFONE COMERCIAIS	CNPJ/CPF

CAMPO 02 (ODONTOGRAMA)	
	

CAMPO 03 (DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS)	CODIGO SERVIÇO	Nº DENTE OU SIGLA REGIÃO	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL	USO DO PRÓ-SAÚDE	
					PERITO	VALOR DO REEMBOLSO
				TOTAL TRATAMENTO		

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

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

CAMPO 02 - ODONTOGRAMA

Este campo é 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:

Este item deverá ser preenchido conforme o código do serviço constante na Tabela Própria do Pró-Saúde.

B - Nº do Dente ou Sigla da Região

Este item deverá 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 decídua). No caso de procedimentos realizados por região, o item deverá ser preenchido com as siglas das respectivas regiões da boca.

C - Preço Unitário

Preencher este item com o preço unitário do procedimento a ser realizado.

D - Total

Este item deverá 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 rasura.

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 se limitam aos seguintes códigos: 4040 (Restauração Metálica Fundida), 4080 (Núcleo Metálico Fundido), 4090 (Coroa Provisória), 4130 (Ceromero), 4150 (Coroa de Venner), 4160 (Coroa Total Metálica) e 4170 (Coroa 3/4 ou 4/5). Tais procedimentos se destinam 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 recibo, deverá vir, em primeira via, sem rasuras e conter a assinatura e 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 correspondente ao tratamento, em nome do beneficiário titular ou do dependente.

OBSERVAÇÕES DO PROFISSIONAL