

► **Sorria**, você está sendo **bem cuidado!**

**ODONTO SERV**

Grupo OdontoPrev

# GUIA DE ORIENTAÇÃO LIVRE ESCOLHA OdontoServ

**ANS - nº 301949**

serv16

OdontoPrev – CRO/SP nº 2728  
RT: J. M. Benozatti – CRO/SP nº 19009

Central de Atendimento e  
Relacionamento - 0800 600 7378  
Serviço de Atendimento ao  
Cliente (SAC) - 0800 702 2255

Atendimento ao Deficiente  
Auditivo e de Fala - 0800 722 2191  
Ouvidoria  
0800 721 6378

[www.odontoserv.com.br](http://www.odontoserv.com.br)  
 /odontoservoficial



## 2.1 Campos de Responsabilidade do Beneficiário

### A) Dados Pessoais

Preencha corretamente todos os campos com seus dados pessoais (empresa, plano, nome/cargo/CPF do titular, nome/data de nascimento/ endereço completo do paciente) colocar a ordem que está no FRR, de forma legível e clara. Não esquecer de informar o Número OdontoServ e o CPF do Beneficiário Titular que são dados indispensáveis.

**ATENÇÃO:** Cada beneficiário possui o seu próprio número OdontoServ. Certifique-se de que o número que preenchido corresponde ao da pessoa em tratamento.

Observe o modelo preenchido figura 1.

Nº da Carteira OdontoServ: <i>123456</i>	Empresa: <i>ABC</i>	Plano: <i>MASTER LE</i>
Nome Paciente: <i>FABIO SANTOS</i>		
CPF: <i>00000000-00</i>	RG: <i>00.000.000-0</i>	Data Nascimento: <i>05/11/65</i>
Endereço Res.: <i>RUA PINTASSILGO, 199 MOEMA</i>		CEP: <i>05030-982</i>
Cidade: <i>SÃO PAULO</i>	Estado: <i>SP</i>	Fone res.: <i>(11) 6161-6161</i>
		Fone com.: <i>(11) 6161-6161</i>

fig. 1

### B) Dados Bancários

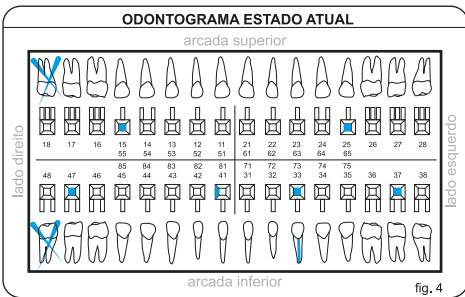
Após análise e aprovação, o reembolso será depositado na conta corrente do Beneficiário Titular. Por isso, preencha corretamente todos os campos, não esquecendo os dígitos verificadores de conta ou da agência quando houver.

**Atenção:** Não utilize número de conta poupança, para evitar devolução/invalidação do pedido de reembolso). Vide figura 2.

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR (Não utilizar Conta Poupança)		
Nome do Beneficiário Titular: <i>JOAO SANTOS</i>	Cargo: <i>ASSISTENTE</i>	
E-mail:		
CPF: <i>00000000-00</i>	Nome do Banco: <i>REAL</i>	Nº do Banco: <i>458</i>
Nº da agência: <i>1854</i>	Nº da Conta Corrente: <i>5772</i>	Dígito: <i>4</i>

fig. 2

## 2.2. Campos de Responsabilidade do cirurgião-dentista



### A) Odontograma Estado Atual

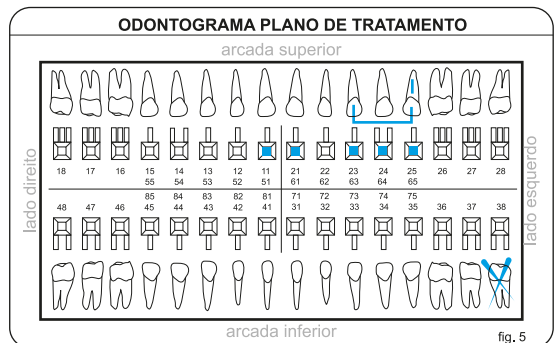
Após a primeira avaliação, o cirurgião-dentista deverá assinalar nesse odontograma o seu estado atual, antes do início do tratamento.

Vide figura 4.

### B) Odontograma Plano de Tratamento

Definido o plano de tratamento, o cirurgião-dentista deverá assinalar nesse odontograma quais os procedimentos que serão realizados.

Vide figura 5.



**C) Descrição detalhada do plano de tratamento e orçamento**

Nesse campo devem ser informados os detalhes do tratamento proposto, dente/área/região, as faces a serem tratadas, bem como orçamento com os valores que o cirurgião-dentista cobrará por cada item do tratamento e a totalização do mesmo. Vide figura 6.

Código TUSS do Procedimento	Descrição do Evento / Procedimento realizado	Dente Região	Faces						Valor individual (em R\$)	Data de Realização
			M	O	D	L	V	I		
0.0.0.0.0.0.0.0.1	EXODONTIA 38 INCLUSO	38							X	dd/mm/aa
0.0.0.0.0.0.1.0	PROTESE FIXA METALOCERÂMICA	23 24 25							X	dd/mm/aa
0.0.0.0.0.1.0.0	ENDODONTIA	21							X	dd/mm/aa
0.0.0.0.1.0.0.0	NUCLEO METÁLICO	25							X	dd/mm/aa
0.0.0.1.0.0.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTO 1 FACE	25							X	dd/mm/aa
0.0.1.0.0.0.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTO 1 FACE	11		X					X	dd/mm/aa
0.1.0.0.0.0.0.0	RASPAGEM SUPRA GENGIVAL	21			X				X	dd/mm/aa
Soma de X										

fig. 6

**D) Dados do cirurgião-dentista**

Solicite ao dentista o preenchimento de todos os dados desse campo que poderão ser ou de pessoa física ou pessoa jurídica, conforme recibo ou nota fiscal que será emitida em favor do Beneficiário Titular do plano. Vide figura 3.

DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA			
Nome / Razão Social:	JOÃO SILVA	CRD:	34567
Endereço:	RUA REAL 38	Complemento:	4545-4545
CPF / CNPJ:	01010101010001	CEP:	01010-001
		Cidade:	SÃO PAULO
		Estado:	SP

fig. 3

**3. Como deve ser enviado o formulário?**

**3.1 Encerrando o processo para requisição do reembolso**

Quando o tratamento estiver encerrado, faça uma revisão criteriosa de todos os campos de preenchimento. No verso do formulário, date e inclua as assinaturas do Beneficiário Titular e do cirurgião-dentista.

De posse do formulário original preenchido e assinado, junte toda documentação complementar obrigatória que é indispensável ao processamento de reembolso: Recibo ou Nota Fiscal Original assinado pelo dentista.

O Recibo ou Nota Fiscal do profissional deve apresentar o mesmo valor que o da solicitação. As imagens do início e do fim do tratamento devem ser postadas junto com o formulário. A assinatura do Beneficiário Titular é obrigatória, assim como a do cirurgião-dentista, que deve vir acompanhada do número do CRO (Registro no Conselho Regional de Odontologia) do profissional.

**4.2 Enviando o F.R.R. e a documentação complementar**

Envie todos os documentos para o endereço abaixo:

**ODONTOSERV - DEPARTAMENTO CLÍNICO**  
**SETOR DE LIVRE ESCOLHA**  
**CAIXA POSTAL 261 | CEP 06455-972 | BARUERI SP**

**5. Efetivação do Reembolso - Considerações Finais**

O valor de reembolso aprovado será creditado pela OdontoPrev, na conta corrente do Beneficiário Titular (indicada no formulário), em até 10 dias após o recebimento do formulário com as documentações originais.