

PLANO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO – TRTer Saúde

Nº Protocolo: _____

Nº Folha: _____

Nome do beneficiário: _____ Titular Dependente Nº Certidão Inscrição: _____ tel.do beneficiário: _____

Nome da Clínica: _____ Credenciado : Pessoa Física Pessoa Jurídica tel.da clínica/dentista: _____

Nome do dentista executante: _____ Não credenciado (reembolso) CNPJ ou CPF (obrigatório): _____

Nº	Descrição do(s) procedimento(s)	Dente Região	Face(s)	Código	Valor R\$	Auditoria inicial	Código Glosa	Auditoria intermediária	Data da realização	Assinatura do(a) beneficiário(a) ou responsável (somente após realização do procedimento)	Auditoria final
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

Valor total dos procedimentos propostos: R\$ _____ Valor após auditoria inicial: R\$ _____

Observações do(a) dentista (dados clínicos e informações relevantes para auditoria). Caso o espaço não seja suficiente poderá ser enviado um relatório anexo ao PTO.

Preenchimento obrigatório pelo credenciado e pelo beneficiário na consulta inicial **Preenchimento obrigatório pelo credenciado e pelo beneficiário após a conclusão do tratamento.**

Local: _____ Data: ____/____/____ Declaro que recebi esclarecimentos quanto a opções, benefícios e possíveis riscos do tratamento proposto e autorizo a sua realização. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ Assinatura e Carimbo do dentista _____ Assinatura do beneficiário ou responsável </div>	Atestamos o término do tratamento em: ____/____/____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ Assinatura e Carimbo do dentista _____ Assinatura do beneficiário ou responsável </div>
--	--

Observações da auditoria:

Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> documental <input type="checkbox"/> exame de imagem <input type="checkbox"/> foto <input type="checkbox"/> relatório	Auditoria Inicial _____ Assinatura do auditor	Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> documental <input type="checkbox"/> exame de imagem <input type="checkbox"/> foto <input type="checkbox"/> relatório	Auditoria Intermediária _____ Assinatura do auditor	Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> documental <input type="checkbox"/> exame de imagem <input type="checkbox"/> foto <input type="checkbox"/> relatório	Auditoria Intermediária _____ Assinatura do auditor	Data ____/____/____ <input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> documental <input type="checkbox"/> exame de imagem <input type="checkbox"/> foto <input type="checkbox"/> relatório	Auditoria <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Final _____ Assinatura do auditor
--	---	--	---	--	---	--	---

Análise do recurso de glosa após auditoria final: deferido deferido parcialmente indeferido

Data ____/____/____ Assinatura auditor(s)

A – Procedimento Autorizado **CI** – Código incorreto **LA** – Limite de prótese atingido **NJ** – Procedimento não justificado **NR** – Não realizado **RL** – Necessário envio de relatório e/ou foto **SA** – Realizado sem autorização prévia
NA – Procedimento não autorizado **IR** – Não observado intervalo para repetição **NC** – Procedimento não coberto **NP** – Pagamento não autorizado **O** – Outros **RX** – Necessário envio de RX **TE** – Aguardar trat. endodôntico