

# ANEXO VII

## Modelo de Documentos

## DOCUMENTO 1:



### TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO - 3ª REGIÃO

Secretaria de Saúde

## TERMO DE RECEBIMENTO DEFINITIVO

Atesto o recebimento definitivo do(s) item(ns) do objeto contratual, descrito(s) na(s) nota(s) fiscal(is) eletrônica(s) abaixo mencionada(s).

<b>Processo originado no NPS (Núcleo do Plano de Saúde) – e-PAD nº</b>	EPAD GERADO
<b>Nº(s) do(s) protocolo(s)</b>	PROTOCOLO
<b>Fornecedor / Prestador de Serviços</b>	NOME CREDENCIADO
<b>Objeto recebido</b>	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS
<b>Nº(s) do(s) Recibo(s) de Pagamento a Autônomo (RPA)</b>	Nº(S) RPA(S)
<b>Data(s) de emissão do(s) Recibo(s) de Pagamento a Autônomo (RPA)</b>	DATA(S) RPA(S)
<b>Mês(es) de competência do(s) serviço(s) (MM/AAAA)</b>	COMPETENCIA(S)
<b>Valor(es) Global(is) da(s) Nota(s) Fiscal(is) Eletrônica(s)</b>	VALOR(ES) (VALOR GLOBAL POR EXTENSO)

Observações:(preenchimento de acordo com o Capítulo III – “Do Recebimento de bens e serviços” da Instrução Normativa GP N 7, de 04 de dezembro de 2013 e com as demais disposições pertinentes a cada caso):

**NOME DO SERVIDOR COM PERFIL  
TÉCNICO ADMINISTRATIVO DO PLANO DE SAÚDE**

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

## DOCUMENTO 2.

### TERMO DE ENCERRAMENTO DE PTO/EOP - REEMBOLSO

Atesto que foi realizado o tratamento identificado sob o nº [ nº de identificação do PTO, quando houver].

Local e data:

Nome do Prestador:

CRO do Prestador:



CPF/CNPJ do Prestador:

Assinatura Digital do Prestador:

## DOCUMENTO 3. PLANO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO (PTO)

PLANO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO – TRTer Saúde										Nº Protocolo:	Nº Folha:
Nome do beneficiário:					<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente           Nº Certidão Inscrição:			tel.do beneficiário:			
Nome da Clínica:					<input type="checkbox"/> Credenciado : <input type="checkbox"/> Pessoa Física <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica			tel.da clínica/dentista:			
Nome do dentista executante:					<input type="checkbox"/> 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 <u>após</u> 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 <u>do(a) dentista</u> (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 <u>na consulta inicial</u>						Preenchimento obrigatório pelo credenciado e pelo beneficiário <u>após</u> 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.						Atestamos o término do tratamento em: ____/____/____					
Assinatura e Carimbo do dentista				Assinatura do beneficiário ou responsável		Assinatura e Carimbo do dentista				Assinatura do beneficiário ou responsável	
Observações <u>da auditoria</u> :											
Data ____/____/____ Auditoria Inicial <input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> documental <input type="checkbox"/> exame de imagem <input type="checkbox"/> foto <input type="checkbox"/> relatório Assinatura do auditor			Data ____/____/____ Auditoria Intermediária <input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> documental <input type="checkbox"/> exame de imagem <input type="checkbox"/> foto <input type="checkbox"/> relatório Assinatura do auditor			Data ____/____/____ Auditoria Intermediária <input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> documental <input type="checkbox"/> exame de imagem <input type="checkbox"/> foto <input type="checkbox"/> relatório Assinatura do auditor			Data ____/____/____ Auditoria <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Final <input type="checkbox"/> presencial <input type="checkbox"/> documental <input type="checkbox"/> exame de imagem <input type="checkbox"/> foto <input type="checkbox"/> relatório Assinatura do auditor		
Análise do recurso de glosa após auditoria final: <input type="checkbox"/> deferido <input type="checkbox"/> deferido parcialmente <input type="checkbox"/> indeferido											
Data ____/____/____ Assinatura auditor(s)											
<b>A – Procedimento Autorizado</b> <b>CI – Código incorreto</b> <b>LA – Limite de prótese atingido</b> <b>NJ – Procedimento não justificado</b> <b>NR – Não realizado</b> <b>RL – Necessário envio de relatório e/ou foto</b> <b>SA – Realizado sem autorização prévia</b> <b>NA – Procedimento não autorizado</b> <b>IR – Não observado intervalo para repetição</b> <b>NC – Procedimento não coberto</b> <b>NP – Pagamento não autorizado</b> <b>O – Outros</b> <b>RX – Necessário envio de RX</b> <b>TE – Aguardar trat. endodôntico</b>											

## DOCUMENTO 4. FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA CONE BEAM

		Formulário de Autorização de Tomografia Cone Beam TRTer Saúde - Seção de Assistência Odontológica <a href="mailto:sao.auditoria@trt3.jus.br">sao.auditoria@trt3.jus.br</a>	
<b>Dados do paciente</b>			
Nome: <input type="text"/>		nº inscrição: <input type="text"/>	
Data de nascimento: <input type="text"/>		Telefone: <input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/>
<b>Justificativa do exame</b>			
Informar dados clínicos que justifiquem a realização do exame e resultados de exames anteriores:			
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>			
<b>Região de interesse</b>			
<input type="checkbox"/> Dente(s) <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Maxila Total			
<input type="checkbox"/> Mandíbula Total			
<input type="checkbox"/> ATM 1 incidência			
<input type="checkbox"/> ATM 2 incidências			
<b>Forma de entrega do exame</b>			
<input type="checkbox"/> Documento digital		<input type="checkbox"/> Documento físico	
		<input type="checkbox"/> Outra forma: <input type="text"/>	
Endereço físico ou eletrônico do dentista: <input type="text"/>			
Data: <input type="text"/>		Assinatura e Carimbo do Dentista	
<b>Campos exclusivos para auditoria do TRTer Saúde</b>			
Com base nos dados apresentados acima, informamos que o exame está:			
<input type="checkbox"/> Autorizado		<input type="checkbox"/> 270-Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam ate 2 dentes.	
		<input type="checkbox"/> 271-Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam ate 4 dentes.	
		<input type="checkbox"/> 272-Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam ate 6 dentes.	
		<input type="checkbox"/> 273-Tomografia Computadorizada Maxila ou Mandíbula Total.	
		<input type="checkbox"/> 274-Tomografia Computadorizada da ATM 1 incidência.	
		<input type="checkbox"/> 275-Tomografia Computadorizada da ATM 2 incidências.	
<input type="checkbox"/> Não autorizado			
Justificativa:		<input type="checkbox"/> Falta de dados clínicos que comprovem a necessidade do exame.	
		<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto da guia.	
		<input type="checkbox"/> Outros:	
<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 60px;"></div>	
Data: <input type="text"/>		Assinatura Auditor	
Recurso de glosa: <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Não autorizado		Data: <input type="text"/>	
Observações:		Assinatura Auditor	
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>			

## DOCUMENTO 5. FORMULÁRIO PAR-Q

### PAR-Q

#### *Physical Activity Readiness Questionnaire*

### QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica antes do início da atividade física. Caso você responda “SIM” a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu “SIM”.

O bom senso é o seu melhor guia ao responder estas questões. Por favor, leia atentamente cada questão e marque SIM ou NÃO.

PERGUNTAS	SIM	NÃO
1. Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?		
2. Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física?		
3. No último mês você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade física?		
4. Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividade física?		
5. Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas?		
6. Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular?		
7. Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar de atividades físicas?		
Gostaria de comentar algum outro problema de saúde, seja de ordem física ou psicológica, que impeça a sua participação na atividade proposta?		
<b>Declaração de Responsabilidade</b>		
Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido “SIM” a uma ou mais perguntas do “Questionário de Prontidão para Atividade Física” (PAR-Q). Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.		
Nome do beneficiário:		
Data: Assinatura:		