



#MOSTRESUABOCA:)

## Guia de Orientação LIVRE ESCOLHA

**Central de Atendimento e Relacionamento: 0800 702 9000**  
Informações gerais, solicitações e dúvidas

**Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC): 0800 702 2255**  
Prioritariamente para cancelamentos, reclamações e informações institucionais

**Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 2191**

**Ouvidoria: 0800 721 6578**

[www.odontoprev.com.br](http://www.odontoprev.com.br)

   /OdontoPrevOficial

 /company/odontoprev

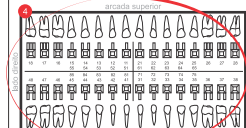
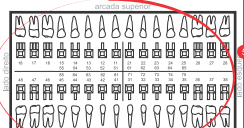


**OdontoPrev**

Sua boca fala por você.

# PASSO A PASSO

## Preenchimento do Formulário de Requisição de Reembolso

| FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE REEMBOLSO (FRR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | OdontoPrev                                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nº da Carteira OdontoPrev: Empresa: Razo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | DATA: _____                                                                       |  |
| Nome Paciente: RG: Data Nascimento: / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | CNPJ: CEF: CEF:                                                                   |  |
| Endereço Res.: Estado: Fone. res.: Fone. CEF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Cidade: CEF: CEF:                                                                 |  |
| <b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR</b> (Não utilizar Conta Poupança)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                   |  |
| Nome do Beneficiário Titular: Cargo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Cidade: CEF: CEF:                                                                 |  |
| E-mail: Nome do Banco: Nº do Banco:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Cidade: CEF: CEF:                                                                 |  |
| Nº da agência: Nº da Conta Corrente: Digito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Cidade: CEF: CEF:                                                                 |  |
| <b>DADOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| Nome / Razão Social: CRO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Cidade: CEF: CEF:                                                                 |  |
| Endereço: Complemento: Telefone:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Cidade: CEF: CEF:                                                                 |  |
| CPF / CNPJ: CEF: CEF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Cidade: CEF: CEF:                                                                 |  |
| <b>ATENÇÃO! LEIA AS INSTRUÇÕES NO VERSO. ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ VIR ACOMPANHADO DO RECIBO E DE TODA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA (NÃO SE ESQUEÇA DAS IMAGENS INICIAIS E FINAIS DOS TRATAMENTOS).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                   |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Indispensáveis as assinaturas do beneficiário titular e cirurgião-dentista.</li><li>Preencher corretamente os odontogramas de estado atual e do plano de tratamento, a descrição do plano de tratamento, informando o local tratado, sem resacas.</li><li>O preenchimento deste formulário é de responsabilidade do Beneficiário Titular e do Cirurgião-Dentista, sendo ambos responsáveis perante a Lei pela veracidade das informações nele contidas.</li><li>Em caso de dúvida, redireção ou sugestão, será sempre um prazo atendido pelo Disque OdontoPrev, com ligação gratuita de todo país pelo 0800 702 9000.</li></ul> |  |                                                                                   |  |
| <b>ODONTOGRAMA ESTADO ATUAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>ODONTOGRAMA PLANO DE TRATAMENTO</b>                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |
| <b>Código TUSS do Procedimento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <b>Descrição do Evento / Procedimento realizado</b>                               |  |
| Dente: Regio: Valor individual (em R\$): Data de Realização:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                   |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                   |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                   |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                   |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                   |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                   |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                   |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                   |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                   |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                   |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 27                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 28                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 29                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 31                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |
| 32                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                   |  |

Observe a cópia do formulário acima e acompanhe detalhadamente as recomendações de preenchimento e envio.

### Meu plano é LIVRE ESCOLHA

Todo beneficiário que possui um Plano Livre Escolha conta com a vantagem de utilizar o dentista de sua preferência e, a possibilidade de solicitar reembolso do tratamento coberto pelo plano contratado.

Este Orientador tem o objetivo de auxiliar no processo para solicitar o reembolso e esclarecer dúvidas reforçando procedimentos importantes para o preenchimento do formulário e encaminhamento da requisição de reembolso.

### Solicitando a Prévia do Reembolso

Antes de iniciar o tratamento o beneficiário poderá solicitar a prévia de reembolso. O valor prévio estará disponível em até 48 horas.

Para isso, envie o formulário (FRR) preenchido com o orçamento do cirurgião dentista para o FAX (11) 4878-8299, ou e-mail [previareembolso@odontoprev.com.br](mailto:previareembolso@odontoprev.com.br). Após o prazo ligar para o Central de Atendimento e relacionamento para ter o resultado da prévia do reembolso.

### 1. Onde é possível obter o FRR – Formulário de Requisição de Reembolso

O formulário pode ser obtido no RH de sua empresa ou pela Internet. Quando optar pela Internet, acesse o Portal OdontoPrev [www.odontoprev.com.br](http://www.odontoprev.com.br). Na página inicial, coloque o login (Número OdontoPrev - vide verso do cartão de identificação) e a senha pessoal. No menu SERVIÇOS, clique em REEMBOLSO e depois FORMULÁRIO DE REEMBOLSO e imprimir.

Atenção: sempre que tiver um formulário em aberto, ou seja, sem o encerramento do tratamento ou efetivação do pedido de reembolso, não será possível imprimir um novo.

### 2. Preenchendo o Formulário

No formulário, há campos que são de responsabilidade do beneficiário titular ou do cirurgião-dentista. Conheça a seguir os campos de preenchimento e, quando for preencher, faça-o de forma cuidadosa, evitando rasuras ou omissão de algum dado, o que poderá ocasionar na devolução do processo para as devidas correções.

No caso de dúvida em qualquer procedimento entre em contato por meio dos **Canais de Atendimento OdontoPrev**

# PASSO A PASSO

## Preenchimento do Formulário de Requisição de Reembolso

### 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 OdontoPrev e o CPF do Beneficiário Titular que são dados indispensáveis. ATENÇÃO: Cada beneficiário possui o seu próprio número OdontoPrev. Certifique-se de que o número que preenchido corresponde ao da pessoa em tratamento. Observe o modelo preenchido figura 1.

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

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: JOAO SANTOS                             | Cargo: ASSISTENTE          |                  |  |
| E-mail:                                                               |                            |                  |  |
| CPF: 00000000-00                                                      | Nome do Banco: REAL        | Nº do Banco: 458 |  |
| Nº da agência: 1854                                                   | Nº da Conta Corrente: 5772 | Dígito: 4        |  |

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.

**ODONTOGRAMA ESTADO ATUAL**

arcada superior

lado direito

lado esquerdo

arcada inferior

fig. 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.

**ODONTOGRAMA PLANO DE TRATAMENTO**

arcada superior

lado direito

lado esquerdo

arcada inferior

fig. 5

PASSO A PASSO

Preenchimento do Formulário de Requisição de Reembolso

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           |
| 0,0,0,0,0,0,0,1,0           | PROTESE FIXA METALOCERÂMICA                  | 23 24 25     |       |   |   |   |   |   | X                         | dd/mm/aa           |
| 0,0,0,0,0,1,0,0,0           | ENDODONTIA                                   | 21           |       |   |   |   |   |   | X                         | dd/mm/aa           |
| 0,0,0,0,1,0,0,0,0           | NUCLEO METÁLICO                              | 25           |       |   |   |   |   |   | X                         | dd/mm/aa           |
| 0,0,1,0,0,0,0,0,0           | RESTAURAÇÃO RESINA FOTO 1 FACE               | 25           |       |   |   |   |   |   | X                         | dd/mm/aa           |
| 0,0,1,0,0,0,0,0,0           | RESTAURAÇÃO RESINA FOTO 1 FACE               | 11           |       |   |   |   |   |   | X                         | dd/mm/aa           |
| 0,1,0,0,0,0,0,0,0           | RASPAGEM SUPRA GENGIVAL                      | 21           |       |   |   |   |   |   | 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:        | JOAO SILVA      | CRO:         | 34567      |
| Endereço:                   | RUA REAL 38     | Complemento: | 4545-4545  |
| CPF / CNPJ:                 | 0101010101/0001 | CEP:         | 010101-001 |
|                             |                 | 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:

ODONTOPREV  
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.