



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
POLÍCIA MILITAR DO DISTRITO FEDERAL  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA AO PESSOAL  
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA



**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

<b>Dados do Beneficiário</b>		
Paciente:	Data de Nascimento:	Telefone:
Titular:	Matrícula:	
<b>Dados do Prestador</b>		
Empresa ou Profissional:	CRO / UF:	
Endereço:	Telefone:	
CNPJ / CPF:		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados									
Informações de responsabilidade do Prestador							Oficial Auditor	Paciente / Responsável	
Nº	Código do Procedimento (Tabela TUSS - PMDF)	Descrição	Dente / Região	Face	Qtd	Valor Proposto	Valor Autorizado	Data da Realização	Assinatura do Paciente / Responsável
1								__/__/__	
2								__/__/__	
3								__/__/__	
4								__/__/__	
5								__/__/__	
6								__/__/__	
7								__/__/__	
8								__/__/__	
						<b>Total:</b>	<b>Total:</b>		

**Valor Autorizado por Extenso:**

**Campo para uso do Prestador ou do Auditor, caso necessário**

Observações:

Declaro que, após ter sido devidamente esclarecido(a) sobre os propósitos, riscos, valores e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os termos previstos. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) acima, por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e, em minha opinião, de forma satisfatória. Estou ciente que o prazo para solicitação de reembolso é de 60 dias após **conclusão do tratamento**. A Auditoria Final deve ser agendada o mais breve possível.

Profissional Prestador:	Paciente / Responsável:	Auditoria Inicial: __/__/__	Auditoria Final: __/__/__	Aprovado ( ) Sim ( ) Não
Assinatura (CRO / Carimbo)	Assinatura	Assinatura do Oficial (CRO / Carimbo)	Assinatura do Oficial (CRO / Carimbo)	