



SENADO FEDERAL  
Secretaria de Gestão de Pessoas  
Coordenação Geral de Saúde

## REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA (ODONTOLOGIA)

1. Preencha o requerimento e salve as alterações.
2. Preencha e cadastre este requerimento no SIGAD com grau de sigilo "Pessoal – Dados de Saúde" e assine-o eletronicamente.
3. Digitalize e anexe a este requerimento: o relatório original assinado e carimbado pelo profissional de saúde e os outros documentos pertinentes à sua solicitação. Anote o NUP do documento (número de identificação).
4. Tramite para o SEPEAUD.
5. Agende a perícia presencial pelo email [odontologia@senado.gov.br](mailto:odontologia@senado.gov.br).
6. Caso o requerente não possua assinatura digital, busque suporte no PRODASEN, ramal 2000.

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Telefone Celular: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome do cirurgião-dentista: \_\_\_\_\_

CPF do profissional: \_\_\_\_\_

### 2. BENEFICIÁRIO QUE SE SUBMETERÁ AO TRATAMENTO:

Nome: \_\_\_\_\_

TITULAR

DEPENDENTE

Matrícula SIS nº \_\_\_\_\_

### 3. TIPO DE TRATAMENTO:

Ressarcimento (Livre Escolha)

Tratamento ortopédico funcional (verificar [formulário de pré-requisitos](#))

Outros procedimentos odontológicos de livre escolha – Documentos: plano de tratamento, orçamento e exames de imagem com laudo

Clínicas credenciadas (Escolha Dirigida)

Procedimentos odontológicos na rede credenciada – Documentos: Guia de Tratamento Odontológico, exames de imagem e laudo.

Cirurgia Ortognática (Cadastrar e assinar no SIGAD o [formulário de pré-requisitos para cirurgia ortognática](#), anexando-o a este formulário)



SENADO FEDERAL  
Secretaria de Gestão de Pessoas  
Coordenação Geral de Saúde

4. DECLARAÇÃO

Declaro pleno conhecimento do inteiro teor do Regulamento do SIS (Resolução nº 35/2012), bem como de suas normas regulamentadoras.

De acordo com o art. 2º da Instrução Normativa nº 06/2014, que regulamenta a Assistência Odontológica aos beneficiários da SIS:

“Art. 2º A Assistência Odontológica abrange as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia, e engloba as seguintes modalidades:

I – Escolha dirigida – para todos os procedimentos cobertos pela rede credenciada;

II – Livre escolha – para tratamentos com prótese fixa unitária, núcleo intra-radicular, prótese parcial removível, prótese total e placa interoclusal, bem como outros procedimentos não cobertos pela rede credenciada, observado o disposto no parágrafo único.

Parágrafo único. Procedimentos relacionados à ortodontia (exceto ortodontia funcional infantil até os 16 anos), implantodontia, próteses sobre implantes, e tratamentos realizados para fins estéticos não serão cobertos.”

Estou ciente de que, de acordo com o art. 4º da Instrução Normativa nº 06/2014, a solicitação de ressarcimento de despesas odontológicas na modalidade livre escolha deve ser feita em até 60 (sessenta) dias após a emissão da nota fiscal ou do recibo.

NESTES TERMOS

PEDE DEFERIMENTO

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do(a) requerente