



ANS nº 345695

MANUAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO DO CREDENCIADO ODONTOLÓGICO

DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA
ODONTOLÓGICA VALE/PASA



ANS nº 331988

1. APRESENTAÇÃO

O presente **Manual** contém normas com as especificações e diretrizes adotadas sobre o rol de procedimentos odontológicos cobertos, bem como rotinas para atendimento aos programas de prevenção e assistência odontológica.

A **PASA – Plano de Assistência à Saúde do Aposentado da VALE** é a entidade administradora dos programas, sendo que qualquer informação adicional poderá ser obtida preferencialmente em sua **Central de Atendimento ao Credenciado**, exclusiva para a **VALE/PASA**, ou ainda, junto aos escritórios da **PASA** identificados em nosso site planopasa.com.br.

Os planos **AMS - BENEFÍCIO ODONTOLÓGICO (“AMS”)**, instituído pela **Vale – ANS N.º 34569- 5**, **DENTPASA** e **DENTPASA PLUS**, instituídos pela própria **PASA ANS N.º 33198-8** tem como objetivo principal oferecer assistência odontológica de excelência, visando, assim, contribuir com a melhoria do bem-estar físico, mental e social dos seus usuários, por meio de ações preventivas e/ou curativas nos diversos níveis de aplicação.

Os planos diferenciam-se quanto à cobertura, a qual será minuciosamente detalhada no item **COBERTURAS**.

CENTRAL DE ATENDIMENTO AO PRESTADOR:

DISQUE 4004.0183 – Capitais / Disque 0800.722.0183 - Demais Localidades

Email: prestador2@planopasa.com.br

2. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

A identificação dos beneficiários e sua elegibilidade para o atendimento são determinadas, obrigatoriamente, pela apresentação do cartão do plano, conforme modelos apresentados a seguir.

Para a prestação do atendimento é indispensável a apresentação do cartão do plano, em meio físico (impresso em folha de papel colorido ou preto e branco, ou ainda por meio eletrônico (aplicativo de celular e tablet), acompanhado de um documento de identidade do beneficiário. O credenciado deverá, ainda, fazer a validação do beneficiário através do site www.connectmed.com.br ou da **Central de Atendimento ao Prestador**.

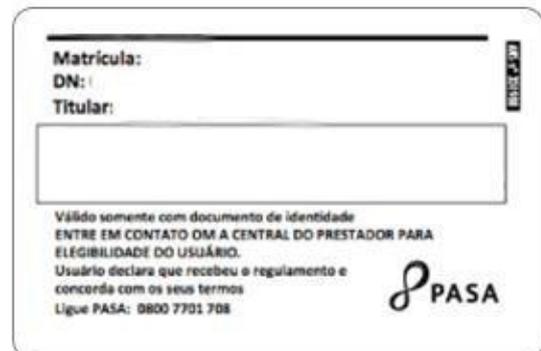
Os cartões de identificação apresentam os seguintes dados:

- Matrícula do beneficiário
- Nome do beneficiário
- Tipo ou modalidade do plano/benefício (**AMS, DENTPASA e DENTPASA PLUS**).
- Código da Operadora junto à ANS: VALE ANS No. 34569-5 ou PASA ANS No. 33198-8
- Códigos dos planos odontológicos junto a ANS DENTPASA Nº 465719115 ou DENTPASA PLUS Nº 465659118.

AMS



DENTPASA / DENTPASA Plus



Atenção: É obrigatório, como determina a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o preenchimento em campo próprio nas guias de atendimento do registro da operadora de vínculo do beneficiário, se participante da VALE ANS Nº: 34569-5 ou da PASA ANS Nº: 33198-8, sendo o encaminhamento de contas (guias ou faturas) também feito de forma separada, conforme a seguir disposto neste **Manual**.

3. REDE CREDENCIADA

Efetuada o credenciamento, o prestador é cadastrado na **VALE/PASA**, sendo o seu código de identificação cadastral junto aos sistemas o seu próprio **CPF** (pessoas físicas) ou **CNPJ** (pessoas jurídicas).

Os prestadores conveniados são incluídos em uma lista de credenciados que contém seus dados. A fim de manter atualizadas as informações cadastrais, para correta identificação dos prestadores, há necessidade que os credenciados comuniquem imediatamente qualquer alteração ocorrida em relação às condições de atendimento, qualificação profissional, acreditação e/ou pagamento.

profissionais (nome, endereços, telefones, especialidades conveniadas pela **VALE/PASA**, **qualificação profissional e acreditação**) e que é divulgada para todos os beneficiários.

Os beneficiários escolhem o prestador de sua preferência, dentro da rede credenciada, para a realização das consultas e dos tratamentos necessários.

O **VALE/PASA** tem como premissa a **Prevenção e Promoção da Saúde** de seus beneficiários. Ratificamos que os planejamentos e tratamentos sejam realizados levando-se em consideração esta lógica assistencial, que será sempre avaliada nas auditorias.

O credenciado somente poderá atender dentro da (s) especialidade (s), localidade (s) e procedimentos (s) para a/o (s) qual (is) foi credenciado.

Não é permitido elaborar planos de tratamento para serem executados por terceiros não cadastrados e credenciados na PASA.

Os prestadores atenderão apenas com os recursos acordados contratualmente. Ampliação dos serviços realizados pela pessoa jurídica, bem como inclusão de profissional/especialidade no corpo clínico não estarão automaticamente contratados e seu atendimento aos beneficiários, sem os devidos ajustes contratuais, sujeito às penalidades previstas em contrato.

Os prestadores são responsáveis, na forma do Código Civil e do Código de Ética Odontológico (conforme dispositivo ético, **Cap. VIII, Art.20. Inc.VI do CEO – Resolução CFO-118/2012**) pelas suas ações, omissões ou paralisações de atendimento, assim como pelas de seus prepostos e corpo clínico, empregados ou não, possuindo o dever de garantir a manutenção dos serviços e a assistência odontológica contratada.

O agendamento mencionado no item acima deverá respeitar os seguintes prazos:

– Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

– Atendimento em regime de internação eletiva (bucal maxilo facial): em até 21 (vinte e um) dias úteis;

– urgência e emergência: imediato

É **VEDADO** ao prestador efetuar qualquer cobrança diretamente aos BENEFICIÁRIOS.

Sob pena de descredenciamento, os prestadores de serviços não poderão cobrar diretamente dos beneficiários quaisquer valores adicionais pela execução dos atendimentos e tratamentos cobertos pela **Vale/PASA**.

A prestação de serviços odontológicos através do Regime de Credenciamento não implicará, em qualquer hipótese, no estabelecimento de vínculo empregatício ou de qualquer outra natureza entre o Credenciado e a **VALE/PASA**.

As dúvidas ou anormalidades referentes ao funcionamento do sistema deverão ser esclarecidas com a **PASA**, sem intermediação dos usuários, conforme definido no contrato de credenciamento.

4. TABELAS DE REMUNERAÇÃO E COBERTURAS

A cobertura dos planos e a tabela de remuneração utilizada para fins de pagamento dos serviços prestados estão baseadas na codificação, nomenclatura e valores dos procedimentos cobertos no Rol de Procedimentos da **ANS** e Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – **TUSS**, conforme contratos com o Credenciado.

Procedimentos que não estejam expressos nas tabelas da VALE/PASA não terão cobertura. Portanto, a **VALE/PASA** não se responsabilizará pelo pagamento.

Os serviços odontológicos prestados aos beneficiários em regime de credenciamento serão pagos pela **VALE/PASA** através de crédito em conta bancária.

O atendimento aos beneficiários **VALE/PASA** visa atender clinicamente às suas necessidades e expectativas, promovendo a Saúde Bucal como um todo e valorizando a nova condição obtida após a conclusão do seu tratamento.

As prioridades devem estar atreladas ao diagnóstico, dando assim ciência ao usuário ou a seu responsável sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento (Capítulo V, Art.11 – CEO – Resolução CFO 118-2012), levando-se em conta as características individuais de cada beneficiário. Identificá-las e monitorá-las é de vital importância para o sucesso do trabalho a ser desenvolvido

ATENÇÃO:

As coberturas dos procedimentos odontológicos, nas especialidades credenciadas, dependerão do tipo de plano contratado (**AMS**, **DENT PASA** ou **DENT PASA PLUS**), as quais estão relacionadas na TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DA VALE/PASA.

5. EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Os procedimentos odontológicos não cobertos variam de acordo com o tipo de plano contratado, estando relacionados na TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS, item 13, de acordo com as especialidades.

É importante salientar que o plano **AMS**, da VALE, concede aos seus beneficiários atendimento odontológico amplo, exceto para:

- trabalhos com finalidade exclusivamente estética, como: clareamento dental extrínseco (estético), **aparelho ortodôntico estético** e autoligado.
- trabalhos com metais preciosos ou semipreciosos (ouro cerâmico, paládio, ouro ou similares)
- atendimentos domiciliares
- restaurações mistas
- transplantes dentários
- procedimentos não autorizados previamente pela VALE/PASA ou que não correspondam ao procedimento inicialmente liberado pela CENTRAL DE ATENDIMENTO.

- O plano **DENT PASA PLUS, da PASA**, exclui os procedimentos acima listados e adicionalmente:
- manutenções ortodônticas
- atendimento em ambiente hospitalar
- anestesia geral e/ou gasosa
- despesas com medicamentos
- remoções/transportes de qualquer natureza
- honorários para auxílio cirúrgico
- implantes dentários e
- procedimentos que estejam dentro do período de carência prevista ou que ultrapassem os limites e regras definidas no Regulamento.

6. ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO

6.1 INFORMAÇÕES GERAIS

É de **responsabilidade do credenciado** conferir a identificação do beneficiário, bem como a validação *online* de elegibilidade e a verificação a qual modalidade de plano o beneficiário está vinculado.

As guias devem ser preenchidas de forma eletrônica, bem como o envio de toda a documentação obrigatória para o procedimento solicitado, no padrão TISS, conforme determinação da ANS.

Na guia existem campos específicos para data, assinatura do beneficiário ou responsável e assinatura e carimbo do credenciado.

As guias apresentam a logomarca própria da **VALE/PASA** e **não possuem numeração sequencial**, o que permite o *download* do modelo e impressão direta pelo credenciado de quantas guias forem necessárias para o envio das cobranças de atendimentos.

Conforme padrão **TISS**, **os campos sombreados em cinza são os únicos de preenchimento opcional** do prestador credenciado.

As guias devem ser encaminhadas devidamente preenchidas, sem rasuras e em **uma única via** para o faturamento, de forma eletrônica no site da *connectmed*, (<https://wwwt.connectmed.com.br>). Os credenciados deverão ter cópias dessas guias para eventuais necessidades.

6.2 AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS E AUDITORIA

Não é necessária a obtenção de senha prévia (respeitados os prazos intervalares) para:

- 1 - Consulta odontológica inicial;
- 2 - Profilaxia –polimento coronário;
- 3 - Aplicação tópica de flúor

As **consultas odontológicas de urgência** deverão observar o item 7.2.

Para qualquer outro tipo de atendimento, excetuando-se as listadas acima, será sempre necessária a obtenção de autorização prévia (senha).

Esta autorização prévia dar-se-á para o cirurgião dentista credenciado, **conforme o tipo de tratamento, preferencialmente via internet (WEB), site da wwwt.connectmed.com.br ou mediante solicitação telefônica junto à Central de Atendimento, até 5 dias úteis antes da realização do procedimento.**

Salientamos que a VALE/PASA não se responsabilizará pelos pagamentos:

- de procedimentos sem prévia autorização;
- de procedimentos sujeitos e não submetidos à auditoria inicial e final
- de cobranças apresentadas sem assinatura do profissional e do beneficiário ou de seu responsável;
- com falta do parecer justificativo no campo “observação” quando obrigatório para o procedimento
- de guias com rasuras, ilegíveis ou com preenchimento incorreto

6.2.1 Autorizações

Procedimentos como uso de selantes, exames radiográficos e restaurações temporárias podem ser realizados mediante **emissão automática e imediata** via Autorizador **WEB** (Internet), através do **site <https://wwwt.connectmed.com.br>**, ou, ainda, de senha por telefone junto à **Central de Atendimento ao Credenciado da VALE/PASA**, conforme detalhado a frente neste **Manual**.

A validade da senha é de **60 (sessenta)** dias corridos.

6.2.2 Regulação Odontológica

Todo e qualquer tratamento odontológico que não se resuma à consulta odontológica, auditoria, consulta de urgência, profilaxia-polimento coronário e aplicação tópica de flúor, aplicação de selante de fósulas e fissuras, exames radiográficos, restaurações de amalgama ou resina fotopolimerizável, só serão autorizados mediante regulação prévia odontológica do plano de tratamento proposto via Autorizador WEB (Internet) ou excepcionalmente por telefone.

O Autorizador WEB automaticamente registrará como **PENDENTE** qualquer pedido de senha que contemple procedimentos sujeitos à **REGULAÇÃO ODONTOLÓGICA**. O PRAZO DE ANÁLISE É DE **5 DIAS ÚTEIS**.

6.2.3 Auditoria / Regulação Técnica

A partir do dia 01 de outubro de 2017 as auditorias técnicas serão realizadas **EXCLUSIVAMENTE PELA EQUIPE DE REGULAÇÃO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO**

Os procedimentos sujeitos as **AUDITORIAS** estão descritos neste **Manual** nos tópicos referentes a **Orientações e Critérios Técnicos por Especialidades**.

AUDITORIAS	SIGLA	DOCUMENTAÇÃO (*)	SIGLA
AUDITORIA INICIAL	AI	Rx PERIAPICAL INICIAL	Rx-I
AUDITORIA DE INSTALAÇÃO	AIT	Rx PERIAPICAL FINAL	Rx-F
AUDITORIA FINAL	AF	Rx PANORÂMICO INICIAL	RP-I
AUDITORIA PRORROGAÇÃO	AP	Rx PANORÂMICO FINAL	RP-F
		Rx OCLUSAL	RxO
		TOMOGRÁFIAS	TOM

		PERIOGRAMAS RELATÓRIO JUSTIFICATIVO	PER RJ
		Rx PERTINENTES OU INERENTES	Rx
		FOTOGRAFIA	FT

ATENÇÃO:

- Em qualquer procedimento, quando necessário, as **AUDITORIAS** poderão ser solicitados pela Central de Regulação incluindo: Relatórios, justificativas e exames complementares ou segunda opinião através de exame clínico presencial em profissional indicado pelo PASA/VALE.
- Para planos de tratamento que necessitem de auditoria, o credenciado deverá anexar a documentação obrigatória através da *connectmed*, (<https://wwwt.connectmed.com.br>)
- Para agilizar o processo da auditoria os arquivos com documentos e imagens quando anexados, devem estar identificados (ex: Radiografia periapical final dente 15, Modelos ortodônticos, Tomografia, relatório periodontal, fotografia inicial)
- O beneficiário poderá solicitar ou ser convocado a qualquer momento para AUDITORIA ALEATÓRIA, com a finalidade de verificar a qualidade dos serviços prestados, independentemente do valor do tratamento e do prazo que foram propostos.

6.2.4 CODIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Vários procedimentos odontológicos da tabela **VALE/PASA** têm no seu código estruturado de acordo com a TUSS – Terminologia da Saúde Suplementar.

Além da codificação do procedimento, mantém-se como obrigatória a informação do dente, segmento, arcada ou hemiarcada trabalhada, bem como de face, padrão TISS na GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLOGICO conforme abaixo:

A tabela de procedimentos odontológicos da **VALE/PASA** encontra-se no final deste **Manual** (Item 13), permitindo a visualização da cobertura do procedimento segundo planos (**AMS – “A”, DENT PASA- “D”,** ou ainda **DENT PASA PLUS – “P”**). A última coluna da tabela, após a coluna que identifica e caracteriza eventual **AUDITORIA (AUD)**, refere à documentação odontológica (**DOC**) obrigatória ao procedimento.

EXEMPLOS:

Código	Descrição	Cobertura			AUD	DOC.
		A	D	P		
82.00.002-6	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico	A	D	P		RJ
82.00.150-2	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	A		P	AI	Rx-I

LEGENDA:

COBERTURAS (PLANOS)	SIGLA	DOCUMENTAÇÃO (*)	SIGLA
AMS BENEFÍCIO ODONTOLÓGICO	A	Rx PERIAPICAL INICIAL	Rx-I
DENTPASA	D	Rx PERIAPICAL FINAL	Rx-F
DENTPASA PLUS	P	Rx PANORÂMICO INICIAL	RxP-I
AUDITORIAS	SIGLA	Rx PANORÂMICO FINAL	RxP-F
AUDITORIA INICIAL	AI	Rx OCLUSAL	Rx-O
AUDITORIA INTERMEDIÁRIA	AIM	FOTOGRAFIA	FT
AUDITORIA FINAL	AF		
INTERNA PRORROGAÇÃO	AP	TOMOGRÁFIAS	TOM

			PERIOGRAMAS	PER
			RELATÓRIO JUSTIFICATIVO	RJ

6.2.5 INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS POR ESPECIALIDADES

Todo procedimento coberto apresenta uma carência intervalar individual por período. Por exemplo:

Perfil de Atendimento	AMS	DENT PASA	DENT PASA PLUS
Diagnóstico (*consultas eletivas)	01 (uma) ocorrência por código no período de 180 (cento e oitenta) dias por profissional	01 (uma) ocorrência por código no período de 180 (cento e oitenta) dias por profissional	01 (uma) ocorrência por código no período de 180 (cento e oitenta) dias por profissional
Prevenção (*Profilaxia e Aplicação Tópica de Flúor)	01 (uma) ocorrência por código no período de 120 (cento e vinte) dias por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 120 (cento e vinte) dias por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 120 (cento e vinte) dias por usuário
Dentística Operatória (*restauração de amálgama ou resina fotopolimerizável)	01 (uma) ocorrência por código no período de 730 (setecentos e trinta) dias	01 (uma) ocorrência por código no período de 730 (setecentos e trinta) dias	01 (uma) ocorrência por código no período de 730 (setecentos e trinta) dias
Periodontia (raspagem supra gengival)	01 (uma) ocorrência por código no período de 180 (cento e oitenta) dias por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 180 (cento e oitenta) dias por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 180 (cento e oitenta) dias por usuário
Radiologia Dentária em Cl. Radiológica (*Doc. Ortodôntica)	01 (uma) ocorrência por código no período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por usuário	Não há cobertura	01 (uma) ocorrência por código no período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por usuário
Prótese Dentária (Prótese unitária, Pontes Fixas, Prótese Total e Removível) Conforme regras contratadas no produto	01 (uma) ocorrência por código no período de 36 (trinta e seis) meses por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 60 (sessenta) meses por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 60 (sessenta) meses por usuário
Aparelho Ortodôntico (fixo ou removível)	2 (duas) ocorrência por vida	Não há cobertura	1 (uma) ocorrência por vida

Entende-se, em qualquer especialidade ou tratamento, para efeito de contagem do prazo intervalar, o período compreendido entre o término do plano de tratamento que incluiu determinado procedimento até a data de solicitação ou do início de um novo plano de tratamento que volte a contemplar o mesmo procedimento.

7. CONSULTAS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

7.1 CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL

Considera-se **Consulta Odontológica Inicial** a primeira consulta na qual estão incluídos o exame bucal completo, o diagnóstico, o preenchimento de fichas, documentos e elaboração do plano de tratamento.

A consulta odontológica inicial deverá ocorrer a cada **180 (cento e oitenta)** dias entre uma e outra solicitação por profissional/clínica (**01 ocorrência por 180 dias**)

Para a realização de **exames complementares**, é **OBRIGATÓRIO** fornecer ao beneficiário/usuário uma guia de SOLICITAÇÃO DE EXAMES, feita em receituário, carimbado, datado e assinado pelo solicitante, com a devida **JUSTIFICATIVA**.

7.2 CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGENCIA

As cobranças de atendimentos de urgência ou emergência podem ser realizadas pela rede credenciada, devendo ser também faturadas via “**WEB TISS**”.

Os **atendimentos de urgência** não estão sujeitos à autorização prévia para os processos e procedimentos necessários desde que no consultório/clínica credenciado.

Após o atendimento, o credenciado deve **comunicar esta ocorrência em até 72 horas, obtendo senha**, sempre através do site wwwt.connectmed.com.br ou da Central de Relacionamento, marcando o campo de atendimento de urgência.

O procedimento de urgência é considerado como sendo todo atendimento que **não constitua passo intermediário e/ou final de tratamento iniciado pelo próprio profissional que estiver prestando atendimento**, e que for realizado de segunda-feira a sexta-feira, das 7h às 22h (enquadrado como URGÊNCIA EM HORÁRIO NORMAL), e das 22h às 7h em dias úteis ou aos sábados, domingos e feriados (enquadrado como URGÊNCIA NOTURNA).

O atendimento de urgência abrange, por exemplo, odontalgias, avulsões dentárias, hemorragias, alveolites, drenagem de abscessos, recolocação de coroas e pontes, etc., e já inclui todos os procedimentos necessários à solução do caso que motivou o atendimento.

Agendamentos de última hora e/ou encaixes não-programados nas agendas para intervenções eletivas não serão consideradas como atendimento de urgência.

Todas as cobranças de urgências deverão ser **justificadas através de relatório técnico (RJ)** em que constem dia/hora e o diagnóstico que motivou o atendimento. **O (RJ) e as radiografias nos casos pertinentes deverão estar anexados ao formulário de cobrança (GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGIC**

7.3. PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS

Para os procedimentos:

- Atividade em Saúde Bucal (84000139) – Orientação de higiene oral e dieta alimentar.
- Remoção do tecido cariado e colocação de Material Restaurador Provisório - ART - Tratamento Atraumático – (85200085/85100080)
- Aplicação tópica de flúor (84000090) – Liberado para pacientes até 14 anos.
- (01 ocorrência por 180 dias, por usuário).

Não poderá ser cobrada consulta inicial quando o beneficiário retornar para o acompanhamento/procedimento cirúrgico.

Nas especialidades de Implantodontia, Periodontia, Cirurgia e Estomatologia, o **Acompanhamento de Tratamento/Procedimento Cirúrgico (periódico preventivo)** poderá ser solicitado nos casos clínicos que necessitem de acompanhamento intensivo por parte do profissional, **devendo anexar o relatório justificativo (RJ) ao faturamento.**

A aplicação de Selante de Fóssulas e Fissuras está restrita aos beneficiários com até 6 (seis) anos de idade (em caso de dentição decídua) e até 12 (doze) anos incompletos (em caso de dentição permanente). Esse procedimento só será aceito para dentes hígidos (que não tenham sido restaurados), nas regiões de fóssulas e fissuras de molares (decíduos e permanentes) e pré-molares (permanentes), devendo ser cobrado por elemento. O Selante tem carência intervalar mínima de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias entre uma e outra solicitação (01 ocorrência por 365 dias por dente).

Os procedimentos de remineralização ou de dessensibilização dentária serão realizados de acordo com a avaliação de risco da doença cárie, ou do grau de sensibilidade dentinária. O valor do procedimento é por módulo, incluindo todas as sessões necessárias ao caso. **(03 ocorrência por 120 dias)** Deverá ser solicitada com relatório justificativo (RJ).

Os procedimentos de remineralização e selante de fóssulas e fissuras têm autorização automática e imediata por telefone, através de Autorizador WEB no *site* wwwt.connectmed.com.br e, através da Central de Atendimento ao Credenciado. Condicionados à dependência de elegibilidade do beneficiário e do atendimento às regras acima especificadas.

8. ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

8.1 DENTÍSTICA

A VALE/PASA considera as faces envolvidas para restaurações **do tipo resina fotopolimerizável ou amálgama (obs.: cavidades com solução de continuidade envolvendo duas ou mais faces deverão ser enquadradas e solicitadas como uma única restauração).**

No preenchimento do plano de tratamento é imprescindível que se relacionem: o elemento dentário e a(s) face(s) que será(ão) restaurada(s).

Não serão autorizadas substituições de amálgama por razões exclusivamente estéticas.

As restaurações realizadas, independentemente do tipo de material utilizado, terão carência intervalar de **730 (setecentos e trinta) dias**, salvo em casos especiais previamente justificados, analisados e endossados pela **VALE/PASA**.

Não poderá ser solicitado por parte do profissional credenciado nenhum procedimento por analogia, na tentativa de viabilizar atos e materiais não-cobertos.

8.2 ENDODONTIA

O procedimento Clareamento de Dente Desvitalizado (clareamento intrínseco) necessita de radiografia e fotografia inicial para análise da auditoria inicial. (AI).

Os tratamentos e retratamentos endodônticos serão liberados uma única vez, sempre previamente justificados e analisados pela **VALE/PASA** com a documentação obrigatória. **OS RETRATAMENTOS SÓ PODERÃO SER SOLICITADOS APÓS 730 DIAS APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO.**

Em casos de lesões periapicais, o profissional deverá registrar na ficha o fato e orientar o beneficiário sobre a necessidade de controle radiográfico.

Para os casos de pulpectomia deverá ser cobrada a consulta de urgência (81000049/81000057) e somente poderá ser solicitado quando da não-continuidade do tratamento endodôntico com o mesmo profissional executante (mesmo CNPJ).

As radiografias realizadas só serão aceitas pela auditoria quando nítidas, sem ranhuras e riscos e devidamente acartonadas com os registros devidos (ex.: nome do paciente, região envolvida, data da execução, etc.). As radiografias periapicais referentes aos tratamentos endodôntico/retratamento, já estão incluídas no procedimento principal.

O procedimento de Remoção de Núcleo Intrarradicular requer comprovação radiográfica inicial e final para auditoria.

Em casos atípicos como calcificação radicular, anatomias desfavoráveis ou outra situação especial que possa ter prejudicado o resultado final da terapêutica realizada, fica obrigatório o registro do fato por parte do profissional em relatório justificativo (RJ), no qual deve constar o ciente do paciente. Este relatório deverá ser enviado juntamente com as radiografias pertinentes ao caso para a auditoria.

O uso do microscópio eletrônico só será liberado para os prestadores cadastrados para esse procedimento. (85200159- Tratamento endodôntico multirradicular com microscopia , 85200108- Retratamento endodôntico multirradicular com microscopia)

OBS: Para agilizar o processo da auditoria os arquivos com documentos e imagens quando anexados, devem estar identificados (ex: Radiografia periapical final dente 15, relatório periodontal)

8.3 PERIODONTIA

Por Segmento ou Sextante entende-se: de canino a canino, ou de primeiros pré-molares até terceiros molares.

Os procedimentos como Raspagem Supra Gengival e Raspagem Sub Gengival/Alisamento Radicular,

autorizados para o especialista em Periodontia, terão carência intervalar mínima de 01 (uma) ocorrência no período de 180 (cento e oitenta) dias por segmento e não poderão ser solicitados simultaneamente

Nos quadros clínicos que exijam intervenções em prazos menores que a carência prevista, o periodontista deverá enviar um relatório justificativo fundamentado **(RJ)** para análise prévia da **VALE/PASA**

- **Para o procedimento Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)- 85300055 será autorizado para remoção de fatores que dificultam a higienização: excesso de restaurações e próteses mal adaptadas.** Autorizado 01 ocorrência por 180 dias, por usuário.

Durante qualquer terapia periodontal deverá ser estimulada a conscientização do beneficiário sobre a importância da higienização e da dieta alimentar, sendo fundamental o retorno para a manutenção da saúde bucal (manutenção preventiva periódica)

8.4 RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

O profissional/clínica credenciado deverá disponibilizar as Radiografias realizadas durante o tratamento dentário para o beneficiário e/ou auditor, atendendo as especificações pré-definidas neste manual ou as requisições complementares da VALE/PASA.

O profissional/instituição credenciado somente poderá executar em seu **consultório** as tomadas Radiográficas dos tipos **Periapicais e/ou Interproximais (Bite-Wing)**. As demais incidências deverão ser obrigatoriamente realizadas em Clínicas Radiológicas.

As Radiografias de Mãos e Punhos, específicas para Tratamentos Ortodônticos, estão restritas à faixa etária de **8 (oito)** até **12 (doze)** anos incompletos.

8.5 PRÓTESE DENTÁRIA

São obrigatórias auditoria inicial e final para procedimentos de prótese fixas unitárias e múltiplas.

Auditoria inicial- RX inicial

Auditoria final- RX e fotografia final

Todo trabalho de prótese deverá ter vida útil mínima de **05 (cinco)** anos

O procedimento "Ajuste Oclusal" – só poderá ser solicitado para beneficiário com idade a partir de 14 (quatorze) anos para beneficiários com diagnóstico de má oclusão, e devem conter o (RJ) no campo observação.

Só poderá ser solicitada **uma prótese provisória** para cada elemento Dentário. Ela deverá ser obrigatoriamente vinculada ao pedido das próteses definitivas e a auditoria inicial

Nos trabalhos protéticos, os metais preciosos ou semipreciosos **não serão cobertos** pela **VALE/PASA** em qualquer dos planos.

Próteses Totais (PTR) e Removíveis (PPR) definitivas necessitam:

PPR AUDITORIA INICIAL – RX periapical dos dentes remanescentes (pilares)

PPR AUDITORIA FINAL – Fotografia final (intra-oral oclusal)

PTR – AUDITORIA FINAL – Fotografia final (Frontal)

OBS: AO FOTOGRAFAR, DEVERÃO SER UTILIZADOS AFASTADORES E ESPELHO INTRA ORAL APRPRIADOS PARA FOTOGRAFIAS.

OBS:Para agilizar o processo da auditoria os arquivos com documentos e imagens quando anexados, devem estar identificados (ex: Radiografia periapical final dente 15, relatório periodontal, fotografia inicial,ect)

8.6 CIRURGIA

Nos valores dos honorários de atos cirúrgicos já estão inclusos a anestesia e todos os materiais utilizados no pré, trans e pós-operatório.

Na Tabela de Procedimentos estão relacionadas as regras e documentos obrigatórios para autorização.

Todos os serviços em regime de internação (cirurgia buco maxilo facial ou cirurgias odontológicas com analgesia) que venham a ser executados pelos especialistas serão previamente analisados, a cada caso, pela Vale/PASA.

A Cirurgia Buco Maxilo Facial em âmbito hospitalar deverá ser planejada com os códigos da CBHPO – Classificação Brasileira Hierárquica dos Procedimentos Odontológicos na GUIA DE HONORÁRIO. A autorização da cirurgia proposta é condicionada a apresentação à Central de Autorização Prévia e dos documentos relacionados abaixo:

CBMF

- Exames de imagem (radiografias, tomografias)
- fotografias intra e extra orais
- relatório técnico justificativo do cirurgião
- termo de consentimento livre esclarecido
- relatório de órtese/prótese, material especial com indicação de três fornecedores

CBMF ORTOGNÁTICA

- Exames de imagem (radiografias, tomografias)
- fotografias intra e extra orais
- relatório técnico justificativo e indicação para cirurgia do ortodontista relatando o caso e a fase em que se encontra
- traçado predictivo
- relatório técnico justificativo do cirurgião
- termo de consentimento livre esclarecido
- relatório de órtese/prótese, material especial com indicação de três fornecedores

CBMF PARA DTM

- Exames de imagem (radiografias, tomografias , ressonância magnética)
- parecer do especialista em ortodontia/ortopedia funcional ou DTM
- relatório técnico justificativo do cirurgião
- termo de consentimento livre esclarecido
- relatório de órtese/prótese, material especial com indicação de três fornecedores

8.7 ODONTOPEDIATRIA

São considerados pacientes odontopediátricos aqueles que possuem de **0 (zero)** a **14 (quatorze)** anos incompletos, sendo permitido o atendimento até esta faixa etária na especialidade.

A Odontopediatria deverá seguir as orientações contidas no item “Prevenção”, em relação à execução dos Módulos Preventivos, Selantes e Remineralização.

A Odontopediatria deverá seguir as orientações contidas no item “Dentística”, em relação à execução de Restaurações de Amálgama de Prata, de Resinas Fotopolimerizáveis e outros serviços contidos na tabela de procedimentos que possam ser necessários sobre os dentes decíduos.

Os procedimentos específicos que poderão ser solicitados pelos Ortodontistas e Odontopediatras:

- Mantenedor de Espaço Removível
- Mantenedor de Espaço Fixo
- Órtese Miorrelaxante

As Consultas de Condicionamento em Odontologia (até 03 sessões/ano, cobradas em separadas). Estas consultas só serão endossadas para os beneficiários com comportamento não cooperativo e de difícil manejo (apresentar RJ – Relatório Justificativo).

8.8 ORTODONTIA E ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES

8.8.1 Critérios Gerais Aplicados à Ortodontia e Ortopedia

Especialistas em:	Ortodontia / Odontopediatria	Ortodontia / Ortopedia Funcional e Facial	Ortodontia Corretiva
Exemplos de aparelhos ortodônticos	Mantenedor de Espaço; Fixo e Removível; Órtese Miorrelaxante;	É por módulo (o código principal já inclui todos os tipos de aparelhos necessários à solução do caso). Autorizada somente uma parcela Ex: Klamnt, Bimler e outros	É por módulo (o código principal já inclui todos os tipos de aparelhos necessários à solução do caso) Ex: <ul style="list-style-type: none"> • Fixa • Removível
Consideração	Tem por objetivo fazer intervenções precoces visando prevenir problemas de má-oclusão.	Tem por objetivo fazer pequenas correções no sentido de evitar que uma má-oclusão maior se instale. Manutenção mensal.	Intervenção sobre má-oclusão instalada. Manutenção mensal.
Auditoria	AI/AF	AI/AF	AI/AIM/AF
Parâmetros	ORTODONTIA PREVENTIVA	ORTODONTIA ORTOPEDIA	ORTODONTIA FIXA
Idade e limite	12 (doze) anos.	12 (doze) anos.	22 (vinte e dois) anos para os planos AMS e 18(dezoito) anos para o DENT PASA PLUS.

Restrição de cobertura	Quando solicitados na vigência de tratamentos interceptativos ou corretivo, não poderão ser cobrados à parte.	Não poderá ser solicitado quando o paciente já estiver sob tratamento corretivo ou mesmo após o seu término.	Nenhuma aparatologia poderá ser cobrada à parte, inclusive os acessórios e aparelhos de contenção. Já estão inclusos no código do
-------------------------------	---	--	---

			aparelho principal solicitada (módulo).
Limite de cobertura	02 (dois) aparelhos por vida para AMS 01 (um) aparelho por vida para DENT PASA PLUS.	01 (um) módulo por vida para AMS e DENT PASA PLUS.	01 (um) módulo por vida para AMS e DENT PASA PLUS.
Manutenções	Poderá ser acompanhada por consultas simples em intervalos programados. OBS: sem cobertura para DENT PASA PLUS e DENT PASA.	Prazo de manutenção: 06 (seis) a 12 (doze) meses e até 06 (seis) prorrogações em casos específicos, submetidos à auditoria prévia, mediante apresentação de documentações e relatório fundamentado. OBS: sem cobertura para DENT PASA PLUS e DENT PASA.	Prazo de manutenção: até 24 (vinte e quatro) meses para fixa e 12(doze) para removível e até 06 (seis) prorrogações em casos específicos, submetidos à uma auditoria prévia, mediante apresentação de documentações e relatório fundamentado. OBS: sem cobertura para DENT PASA PLUS e DENT PASA.
Coberto para:	AMS e DENT PASA PLUS.	AMS e DENT PASA PLUS.	AMS e DENT PASA PLUS.

Diretrizes para Realização das Auditorias em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares

Toda a documentação referente a autorização dos tratamentos Ortodônticos/Ortopédicos, deverão ser anexados na solicitação de senha através de Autorizador **WEB no site wwwt.connectmed.com.br**.

9.1.1 Documentação Complementar a ser apresentada para a Auditoria (Check-list)

- **AUDITORIA INICIAL (AI): antes da realização do tratamento (AMS ou DENTPASA PLUS).**
 - a. **04 Fotografias do Modelo de estudo** (inicial) ortodôntico (frontal, lateral direita, lateral esquerda, oclusal superior e inferior)
 - b. **08 Fotografias conforme técnica ortodôntica:** extra orais: frontal em repouso, sorrindo, perfil D ou E; intra orais: frontal, lateral D, lateral E, oclusal superior e oclusal inferior. (**Realizadas obrigatoriamente em serviço especializado**)
 - c. **Radiografias específicas ao caso** - Panorâmica e Cefalometrica de Perfil realizadas obrigatoriamente em serviço especializado)
 - d. **Relatório Ortodôntico Simplificado (LOS)** com:
(Modelo encontra-se no site: www.planopasa.com.br)

Diagnóstico (dentário e ósseo)
Tipo de aparelho.
Técnica a ser aplicada.
Tempo provável de tratamento.
Prognóstico.
Objetivos a serem alcançados.

▪ **AUDITORIA INSTALAÇÃO (AIM):** após a instalação do aparelho ortodôntico/ortopédico, removível ou fixo metálico (**AMS** ou **DENTPASA PLUS**).

- **Fotografias intra-orais feitas pelo credenciado no consultório:** frontal e lateral direita e esquerda e oclusais superior e inferior.
OBS: Deverão ser utilizados afastador e espelho intra-oral apropriados para fotografias.

AUDITORIA DE PRORROGAÇÃO (AP): após 12 manutenções (aparelho removível) ou 24 manutenções (aparelho fixo) meses, anexar ao pedido da senha os seguintes documentos:

- I. Laudo Ortodôntico Simplificado Inicial
- II. Laudo Ortodôntico Simplificado Complementar com a justificativa e tempo de prorrogação
- III. Radiografia Panorâmica atualizada
- IV. Fotografias intra -orais (realizadas em consultório conforme orientação)
 - Frontal
 - Lateral direita
 - Lateral esquerda
 - Oclusal superior e inferior

AUDITORIA FINAL (AF): ao término da terapia ortodôntica/ortopédica ativa (AMS ou DENTPASA Plus):

- 05 Fotografias intra-orais do beneficiário: frontal, lateral D, lateral E, oclusal superior e inferior (realizadas obrigatoriamente em serviços especializados, devidamente identificadas e datadas).
 - Radiografias específicas ao caso: Panorâmica
 - Laudo Ortodôntico Simplificado (LOS) inicial
 - Laudo Ortodôntico Final (LOF): informar o plano de tratamento realizado, tempo de tratamento utilizado, resultados alcançados e tipo da contenção superior e/ou inferior a ser instalada
 - Declaração do paciente relatando o grau de satisfação do tratamento,
- **OBS: Para agilizar o processo da auditoria os arquivos com documentos e imagens quando anexados, devem estar identificados (ex: Radiografia periapical final dente 15, Modelos ortodônticos, Traçados, fotografia inicial, ect)**

Pagamento dos Aparelhos Ortodônticos – Plano AMS

- 01. Ortopedia Funcional** - Parcela única após a **AUDITORIA INICIAL e DE INSTALAÇÃO (AIM)**, mediante parecer do **AUDITOR**.
- 02. Ortodontia Removível e Fixa** – 02 (duas) parcelas iguais: a 1ª parcela do aparelho após liberação e do parecer da **AUDITORIA DE INSTALAÇÃO (AIM)**; A 2ª parcela do aparelho após **AUDITORIA FINAL (AIF)**. (**Novos Códigos: Aparelho removível – 86001129 e Aparelho fixo – 86000099**)

OBS: Para os tratamentos autorizados antes do dia 01/10, fica mantida a cobrança do tratamento em 3 parcelas (Aparelho removível - código 86000128 – Aparelho fixo e código 86000098)

Pagamento do Aparelho Ortodôntico – Plano DENT PASA PLUS

03. Ortodontia Removível e Fixa Metálica: 02 (duas) parcelas iguais: a 1ª parcela do aparelho após liberação e do parecer da AUDITORIA DE INSTALAÇÃO (AIM); A 2ª parcela do aparelho após AUDITORIA FINAL (AIF).

04. Não existe manutenção para o plano DENT PASA PLUS

Na **GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**, o ortodontista deverá obrigatoriamente mencionar por escrito a parcela.

▪ **Ortopedia Funcional dos Maxilares** – Parcela única após AUDITORIA DE INSTALAÇÃO (AIM), mediante o parecer do auditor. O tratamento fica condicionado a AUDITORIA FINAL (AF) no período de compreendido entre 12 a 18 meses após instalação do aparelho sob o acompanhamento do especialista.

Pagamentos das Manutenções - Plano AMS

A taxa de manutenção poderá ser cobrada a partir do 2º (segundo) mês, sendo o limite máximo das manutenções estipulado em 24 (vinte e quatro) meses para ortodontia fixa e 12 (doze) meses para ortodontia removível e ortopedia funcional dos maxilares.

Considerar e observar, como sugestão, a Classificação de Angle no diagnóstico:

Classe I – considerar até 18 manutenções para término do tratamento

Classe II – considerar até 24 manutenções para término do tratamento

Classe III- considerar até 24 e mais 06 prorrogações.

Pagamentos das Manutenções – Plano DENTPASA PLUS

▪ **Não tem cobertura pelo plano.**

▪ A taxa de manutenção poderá ser cobrada **diretamente ao paciente** ou ao seu responsável legal, a partir do 2º (segundo) mês, após a aprovação da **AUDITORIA DE INSTALAÇÃO (AIM)**. O profissional utilizará como referência máxima o valor **contido na tabela própria da VALE/PASA**.

Importante: Os associados **DENT PASA** não têm cobertura para Ortodontia.

9.1.2 Casos de Abandono de Tratamento – Plano AMS

Nos casos de abandono do tratamento por parte do beneficiário, deverão ser feitas pelo credenciado **02 (duas) convocações através de cartas registradas ou telegramas** registrados ou telegramas fonados com intervalo de 30 dias entre as comunicações. Não havendo retorno ou justificativa aceitável por parte do beneficiário ou seu representante legal, serão pagos os valores devidos ao profissional, através do encaminhamento da Guia de Tratamento Odontológico anexada a cópia dos telegramas ou comprovante da carta registrada.

Nos casos de desistência ou transferência de regional do beneficiário, antes da execução de 50% do tratamento, será feito o pagamento apenas da primeira parcela e das manutenções já realizadas.

Nos casos de abandono por parte do profissional, não havendo justificativa aceitável, a **VALE/PASA** determinará, após análise da situação, a conduta a ser adotada perante o profissional.

Nos casos de não-comparecimento (faltas) consecutivo a **02 (duas)** consultas de manutenção, será obrigatória a apresentação de justificativa escrita por parte do beneficiário/responsável à **PASA** e ao profissional.

Obs: Após 6(seis) meses consecutivos de ausência nas consultas de manutenção, o tratamento poderá ser cancelado

9.1.3 Limites de Cobertura

Ortodontia Preventiva: É permitida ao beneficiário do plano **AMS** a cobertura financeira de até **2(dois)** aparelhos ortodônticos/Ortopédico e **1(um)** aparelhos ortodônticos/Ortopédico para

DENTPASA PLUS, conforme descritos na tabela item 8.8.1

Ortodontia Removível: É permitida aos beneficiários **AMS** e **DENTPASA PLUS** a cobertura financeira de apenas **01 (um)** Aparelho Ortodôntico Removível.

Ortodontia Fixa: É permitida aos beneficiários **AMS** e **DENTPASA PLUS** a cobertura financeira de apenas **01 (um)** Aparelho Ortodôntico Fixo Metálico.

Ortopedia Funcional dos Maxilares: É permitida aos beneficiários **AMS** e **DENTPASA PLUS** a cobertura financeira de apenas 01 (um) Aparelho Ortopédico dos Maxilares.

Importante:

- Os módulos já incluem todas os tipos de aparelhos que se fizerem necessários durante o tratamento do paciente.
- Não poderá ser cobrado nenhum complemento pela troca de aparelho.
- É limitada à idade de 22 (vinte dois) anos para beneficiários do plano **AMS**.
- É limitada à idade de 18 (dezoito) anos para beneficiários do plano **DENTPASA PLUS**.
- Todo aparelho quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário junto ao profissional credenciado, exceto em casos de soltura de braquetes da aparatologia fixa, que deverão ser repostos sem ônus para o beneficiário e/ou a VALE/PASA.

9.1.4 Resumo dos Critérios Gerais

a. Ortodontia Preventiva

- Poderá ser executada por Odontopediatra ou Ortodontista.
- Quando solicitada na vigência dos tratamentos interceptativos ou corretivos, não poderá ser cobrada à parte.

b. Ortodontia Removível

- Não será coberta quando o beneficiário já estiver sob tratamento corretivo ou mesmo após o seu término.
- Não pode ser proposta a beneficiários com menos de **7 (sete)** anos de idade, salvo em casos específicos submetidos à análise prévia do auditor designado pela **VALE/PASA**, mediante documentação e relatório fundamentado.
- O Prazo de Cobertura das manutenções no Plano **AMS** é de até **12 (doze)** meses prorrogáveis por até 6(seis) meses.

c. Ortodontia Fixa

- Nenhum aparelho poderá ser cobrado à parte, inclusive os acessórios e os aparelhos de contenção.
- No caso de haver necessidade de iniciar um tratamento com aparelho removível e posteriormente utilizar a fixa ou vice-versa, não poderá ser cobrado novo aparelho.
- O Prazo de Cobertura (Aparelho Ortodôntico Fixo Metálico) das manutenções no Plano **AMS** é de até **24 (vinte e quatro)** meses, podendo haver prorrogação de até **06 (seis)** meses para finalização do tratamento de casos especiais endossados pela análise prévia da auditoria.

*O prazo de cobertura (aparelho ortopédico funcional dos maxilares) das manutenções no Plano AMS é de 12 (doze) meses prorrogável por até 6(seis) meses.

Após o beneficiário AMS completar 23 anos a cobertura de tratamento ortodôntico será limitada a:

- **Um (1) tratamento** pré-protético para **recuperação de espaço**, vinculado a planejamento de implante

- **Um (1) tratamento** corretivo para má **oclusão classe III esquelética**, comprovado por documentação.

9.9 IMPLANTODONTIA

Todos os procedimentos de Implantodontia são condicionados a auditoria inicial para autorização e final para o faturamento, respeitados os seguintes critérios de avaliação:

a. Auditoria da Qualidade Inicial (AI) da fase cirúrgica:

- Apresentação de toda a documentação de exames de imagem pertinente ao caso;
- Termo de consentimento livre e esclarecido- TCLE
- Planejamento cirúrgico protético simplificado que poderá ser enviado em receituário próprio, datado, assinado e carimbado pelo especialista responsável pelo tratamento ou nos **formulários disponíveis no site www.planopasa.com.br** contemplando: etiologia da ausência dentária (cárie, doença periodontal crônica ou fratura), e diâmetro dos implantes a serem instalados, espaço mesiodistal disponível, tipo de prótese a ser realizada na fase protética (cimentada ou parafusada) e espaço interoclusal disponível (distância crista óssea - dente antagonista).

CHECKLIST DOCUMENTOS IMPLANTE

01	Termo de consentimento livre e esclarecido
02	Planejamento cirúrgico protético
03	Radiografia Panorâmica ou Tomografia
04	Laudo Ortodôntico (em casos de acompanhamento)
05	Risco cirúrgico (quando a anamnese sugerir a necessidade)

Observações importantes:

- Poderão ser solicitados até 04 implantes no período de 12 meses por beneficiário do plano **AMS, exceto nas indicações Protocolo de Brenemark ou Overdenture, quando devidamente justificadas.**
- O procedimento de cirurgia odontológica com aplicação de aloenxerto deverá ser solicitado por segmentos (S1, S2, S3, S4, S5 e S6), de acordo com a região da instalação do implante.
- Para os casos de pacientes com edentulismo total, só poderão ser planejadas próteses totais do tipo Protocolo de Brenemark ou Overdenture.
- Para os casos de Levantamento do seio Maxilar e Enxertos, é obrigatório o envio das imagens (radiografias e tomografias) e planejamento cirúrgico detalhado, indicando o objetivo e prognóstico.
- Para o planejamento deve ser considerado a cronologia do tratamento para as solicitações: (Enxertos – Implantes – Prótese)
- A auditoria poderá solicitar exames complementares quando entender necessários

Auditoria Final da fase cirúrgica:

- Radiografias finais do caso.
- Relatório de intercorrências transoperatórias e pós-operatória.

Auditoria Inicial da fase protética:

- Radiografias pertinentes ao caso (Final da fase cirúrgica)
- Planejamento protético completo contendo os seguintes itens: tipo de prótese planejada (cimentada ou parafusada), pilar a ser utilizado (não utilizar nomes comerciais), especificação quanto

à união dos implantes pela estrutura de metal ou não da prótese (casos de múltiplos implantes) e prognóstico do caso quanto a biomecânica da prótese.

Auditoria Final da fase protética:

- Fotografia e radiografias finais da prótese.
- Nos casos de união da estrutura de metal de próteses parafusadas (casos de múltiplos implantes) deverão ser feitas radiografias que comprovem a passividade da estrutura de metal na sua fase de prova, a fim de minimizar forças desnecessárias que prejudiquem os implantes das próteses parafusadas múltiplas.

OBS. 1: Na auditoria inicial da fase cirúrgica para instalação de implantes, além do planejamento e dos exames de imagem, será exigido consentimento livre e esclarecido, devidamente assinado pelo paciente, onde constará: laudo detalhado do caso clínico, plano de tratamento, prognóstico, indicação, riscos, condições e cuidados de manutenção e a importância do acompanhamento para êxito do tratamento com implantes.

OBS. 2: Não utilizar, nos relatórios e planejamentos, os nomes comerciais dos implantes e componentes protéticos, pois o auditor da qualidade não possui todos os catálogos das diversas empresas disponíveis no mercado. Utilizar nomenclatura genérica.

OBS. 3: Para início da realização da fase protética definitiva deverão ser respeitados o prazo mínimo de 02(dois) meses após a data de execução da fase cirúrgica.

OBS. 4: Para os implantes que tenham sido realizados **fora da Rede VALE/PASA**, as próteses não serão autorizadas pelo plano.

OBS. 5. Só serão autorizados provisórios unitários ou Próteses Parciais Removíveis. Não serão acatadas as próteses adesivas como provisórios.

OBS. 6. Para agilizar o processo da auditoria os arquivos com documentos e imagens quando anexados, devem estar identificados (ex: Radiografia periapical final dente 15, relatório periodontal, tomografia,fotografia inicial,ect)

A manutenção de prótese sobre implantes requer autorização prévia, com prazo intervalar de 180 dias.

9. CONACO - CÓDIGOS DE NÃO-CONFORMIDADES ODONTOLÓGICAS

Estes códigos tem o intuito de facilitar a comunicação e registro entre Auditores e Dentistas Credenciados, respeitando assim os preceitos éticos contidos no CEO - Código de Ética Odontológica e Resolução CFO 20-2001.

AUDITORIA INICIAL (AI) / INTERMEDIÁRIA (AIM)

- 2101** - Reavaliar código solicitado
- 2102** - Verificar vitalidade pulpar
- 2103** - Verificar situação periodontal
- 2104** - Condicionado ao tratamento endodôntico
- 2105** - Condicionado ao tratamento periodontal
- 2106** - Encaminhar ao especialista
- 2107** - Procedimento não-coberto
- 2108** - Falta radiografia periapical
- 2109** - Radiografia sem nitidez e contraste
- 2110** - Falta radiografia panorâmica

- 2111 - Falta parecer justificativo
- 2112 - Reavaliar indicação e entrar em contato em caso de dúvida
- 2113 - Fora da Normativa Contratual
- 2114 - Entrar em contato com Auditor - Urgente
- 2115 - Reavaliar relatório enviado
- 2116 - Reavaliar aparelho indicado
- 2117 - Aparelho instalado deve ser reavaliado
- 2118 - Falta de documentação ortodôntica especificada no Manual Operacional Odontológico
- 2119 - Falta de documentação para implantes (especificado no manual operacional)
- 2157 - Aparatologia ortodontica parcialmente instalada
- 2152- Aparatologia instalada diferente da solicitada

AUDITORIA FINAL (AF)

- 2120 - Reavaliar a indicação de implantes
- 2121 - Fratura dentária
- 2122 - Fratura de trabalho
- 2123 - Presença de tecido cariado
- 2124 - Presença de sensibilidade

- 2125 - Adaptação não conforme
 - 8.8.1.1 Sub extensão
 - 8.8.1.2 Sobre-extensão
 - 8.8.1.3 Falta de anatomia
 - 8.8.1.4 Falta de contorno palatino / vestibular / lingual
- 2126 - Trabalho perfurado
- 2127 - Ausência de contato proximal
- 2128 - Ausência de contato oclusal
- 2129 - Alteração da Curva de Spee
- 2130 - Travamento na excursão mandibular
- 2131 - Cimentação indevida
- 2132 - Excesso de cimento
- 2133 - Falta de acabamento (irregularidade e aspereza)
- 2134 - Sulco no Cavo Superficial
- 2135 - Quebra da solução de continuidade
- 2136 - Invasão de espaço biológico periodontal
- 2137 - Procedimento não realizado
- 2138 - Material utilizado não corresponde ao solicitado
- 2139 - Procedimento não corresponde ao solicitado
- 2140 - Traumatismo protético
- 2141 - Trauma periodontal
- 2142 - Aparelho sem estabilidade e/ou adaptação
- 2144 - Presença de corpo estranho
- 2145 - Perfuração radicular
- 2146 - Obturação endodôntica não conforme
- 2147 - Fratura de lima
- 2148 - Presença de pústula ou fístula
- 2149 - Reavaliar indicação de término de tratamento ortodôntico
- 2150 - Enquadramento feito por analogia
- 2151 – **Reavaliar aparatologia proposta**
- 2153 – Invasão do espaço biológico preconizado para implantes
- 2156– Reavaliar coroa sobre implante (Adaptação)

10.CONECTIVIDADE

A plataforma tecnológica de conectividade utilizada pela **VALE/PASA** foi especialmente desenvolvida para que dentistas e clínicas odontológicas possam realizar autorizações eletrônicas com a **VALE/PASA**.

As soluções desenvolvidas englobam, entre outras, a transmissão e o processamento de transações de validação do paciente, autorização de procedimentos, tratamentos e internações, além de recursos de glosas e a disponibilização *online* dos valores e extratos de crédito e pagamento.

As ferramentas permitem:

- reduzir o trânsito de papéis, chamadas telefônicas e custos operacionais;
- eliminar erros de digitação, com maior qualidade e confiabilidade nos dados, reduzindo o tempo para uma autorização.

Para poder ter acesso à plataforma de conectividade, é necessário acessar o **Portal Connectmed** (wwwt.connectmed.com.br) e efetuar o seu cadastramento inicial, mediante a assinatura de um termo de adesão específico.

O manual de utilização do portal está disponível no site www.planopasa.com.br na área restrita do prestador credenciado.

A senha é confidencial e somente o prestador e quem ele autorizar terão acesso às informações.

11 COBRANÇA E PAGAMENTO

1. COBRANÇA

A cobrança pelos serviços prestados é realizada através do encaminhamento à **VALE/PASA** de:

- Protocolo eletrônico, emitido via WEB (wwwt.connectmed.com.br), preenchida pelo prestador credenciado, sendo um protocolo englobando guias de atendimento a beneficiários **VALE ANS N° 34569-5** e outro para a **PASA ANS N° 33198-8**;
- uma via de cada guia correspondente aos serviços prestados no período, específicas por beneficiário/operadora, conforme Padrão TISS;

Após o envio da documentação, a VALE/PASA analisará as contas odontológicas, conforme regras expostas no contrato de credenciamento e neste manual.

Analisadas as contas, a VALE/PASA publicará o valor aprovado, disponível na ferramenta de pré-faturamento (www.connetmed.com.br) e conforme cronograma de pagamento, facultando ao Credenciado o recurso de valores eventualmente glosados, no prazo de 60 (sessenta) dias.

Após a publicação, o credenciado deverá encaminhar a Nota Fiscal correspondente, no prazo divulgado no cronograma de pagamento, para o e-mail notafiscal@planopasa.com.br.

No caso de entidade dispensada da emissão de Notas Fiscais, este deverá encaminhar para o mesmo e-mail recibos contendo: nome do prestador, nº de inscrição no cadastro de contribuintes, atividade sujeita ao tributo e valores dos serviços).

O envio com incorreção e/ou fora do prazo estabelecido no cronograma inviabilizará a efetivação do pagamento.

Para o cálculo dos valores dos serviços executados, o credenciado deve considerar os valores-base negociados e descritos na tabela de serviços contratada junto à **VALE**, da **data da prestação dos serviços**.

Só serão **processadas** e pagas aquelas faturas de serviços e/ou internações concluídos, ou atendidos, em até 90 (noventa) dias da data do atendimento realizado.

ii. PAGAMENTO

Os pagamentos são efetuados mediante crédito bancário, e conforme cronograma de entrega e pagamento previamente definido entre a **Vale** e o prestador credenciado, disponível no *site* da **PASA** e nos escritórios regionais.

As cobranças devem ser postadas obedecendo a um cronograma mensal único de envio e pagamento, respeitando-se sempre o cronograma disponibilizado no início de cada ano no site PASA (www.planopasa.com.br) ou através da Central de Atendimento ao Credenciado.

Caso o dia limite de entrega coincida com um final de semana ou feriado, as cobranças deverão ser entregues até o ultimo dia útil imediatamente anterior ao prazo limite.

iii. RECURSO DE GLOSA

A sistemática de auditoria e controle da **VALE/PASA** pode eventualmente emitir “glosas” por divergência detectada entre os valores faturados frente às regras contratuais estabelecidas, podendo o Credenciado apresentar recurso.

Objetivando um adequado fluxo operacional, só serão aceitos recursos de glosas encaminhados dentro de um prazo de **60 (sessenta)** dias corridos da data de publicação dos extratos.

Os recursos apenas serão recebidos pela ferramenta recurso de glosa, disponível no site wwwt.connectmed.com.br.

Recursos apresentados fora do prazo descrito acima serão automaticamente considerados inadmitidos.

A Vale terá igual prazo de 60 (sessenta) dias para resposta ao recurso de glosa, a contar do recebimento do pedido do prestador, via ferramenta recurso de glosa. Caberá ao Credenciado acompanhar a resposta de seu recurso, utilizando-se, para tanto, da ferramenta acima descrita.

Caso haja concordância da VALE/PASA quanto ao recurso apresentado pelo Credenciado, os valores serão acrescidos do faturamento subsequente, devendo compor a respectiva Nota Fiscal.

A **VALE/PASA** disponibiliza a todos os credenciados a informação dos pagamentos (créditos) e recolhimentos (tributos e contribuições) efetuados aos credenciados via **WEB** (wwwt.connectmed.com.br).

Em casos de dúvida, o Credenciado deverá entrar em contato com a **Central de Atendimento ao Prestador**.

O e-mail para envio de nota fiscal não é meio para encaminhamento de dúvidas ou solicitações para alterações tributárias, devendo o Credenciado sempre buscar a **Central de Atendimento ao Prestador**.

b. FORMULÁRIOS

As guias de atendimento odontológico observarão o Padrão TISS vigente, cabendo ao prestador preenche-las e encaminha-las via WEB.

Todas as guias são passíveis de download e impressão direta pelo próprio prestador credenciado a partir do site da PASA (www.planopasa.com.br).

Não serão emitidas guias em papel pela VALE/PASA.

ATENÇÃO: Todos os formulários utilizados em auditoria de qualidade e pedido de exames para registro do atendimento e cobrança são disponibilizados para uso diferenciado de paciente **PASA** ou **AMS**.

13.TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS TUSS DE COBERTURA DA VALE/PASA

Importante: mesmo que não sejam inicialmente previstas auditorias no campo da regulação existente abaixo, poderá ocorrer em qualquer momento do processo a determinação de auditoria aleatória pela autorizadora ou VALE/PASA, independentemente do valor e quantidade de procedimentos apresentados.

Código	Descrição	Cobertura			Regulação	Documentação
Consulta (Exames)						
81.00.006-5	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	A	D	P		
81.00.004-9	Consulta odontológica de Urgência	A	D	P		RJ/Rx
81.00.005-7	Consulta odontológica de Urgência 24hs	A	D	P		RJ/ Rx
81.00.007-3	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria (AUDITORIA PRESENCIAL E DOCUMENTAL)	A	D	P		
Prevenção						
84.00.019-8	PROFILAXIA – POLIMENTO CORONARIO	A	D	P		
84.00.009-0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	A	D	P		
84.00.013-9	Atividade educativa em saúde bucal	A	D	P	Aleatória	RJ
82.00.002-6	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLÓGIA	A	D	P	AI 180 dias após cirurgia	RJ
84.00.020-1	REMINERALIZAÇÃO	A	D	P	Aleatória	RJ
85.30.001-2	Dessensibilização dentária	A	D	P	Aleatória	RJ
84.00.007-4	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	A	D	P	Aleatória	
84.00.022-8	Teste da capacidade tampão da saliva	A	D	P	Aleatória	RJ
84.00.023-6	Teste de contagem microbiológica	A	D	P	Aleatória	RJ
84.00.025-2	Teste de PH salivar	A	D	P	Aleatória	RJ
85.10.023-4	Tratamento de fluorese microabrasão	A	D	P		RJ
85.30.005-5	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL - Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	A	D	P	Aleatória	RJ 180 dias
84.00.024-4	Teste de fluxo salivar	A	D	P	AI	RJ
Dentística						
85.10.009-9	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 1 FACE	A	D	P	Aleatória	
85.10.010-2	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA CLASSE II – 2 FACES	A	D	P	Aleatória	
85.10.011-0	Restauração de amálgama - 3 faces	A	D	P	Aleatória	
85.10.012-9	Restauração de amálgama - 4 faces	A	D	P	Aleatória	
85.10.019-6	RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 1 FACE	A	D	P	Aleatória	
85.10.020-0	RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 2 FACES	A	D	P	Aleatória	
85.10.021-8	RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 3 FACES	A	D	P	Aleatória	
85.10.022-6	RESTAURAÇÃO DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 4 FACES	A	D	P	Aleatória	

Código	Descrição	cob ertu ras			Regulação	Documentação
85.10.013-7	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO – 1 FACE	A	D	P	Aleatória	
85.10.006-4	FACETA DIRETA DE RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	A	D	P	Aleatória	
85.10.008-0	RESTAURAÇÃO atraumática em dente permanente	A	D	P	Aleatória	
85.20.008-5	Restauração temporária / tratamento expectante	A	D	P	Aleatória	

Estomatologia

81.00.018-9	DIAGNOSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	A		P		RJ
82.00.002-6	Acompanhamento de Tratamento/Procedimento cirúrgico	A		P		RJ
81.00.200-0	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	A		P		
81.00.013-8	Diagnóstico anatomopatológico EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCO MAXILO FACIAL	A		P		RJ
81.00.017-0	Diagnóstico anatomopatológico em punção NA REGIÃO BUCO MAXILO FACIAL	A		P	AI	RJ
81.00.011-1	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco maxilo facial	A		P		

Endodontia

85.20.003-4	PULPECTOMIA	A	D	P	AI / AF só na cons. urgência	Rx-F
85.20.004-2	PULPOTOMIA	A	D	P	AI / AF	Rx-F
85.20.001-8	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO	A		P	AI	Rx-I / FT
85.20.007-7	REMOÇÃO DE NUCLEO INTRARRADICULAR	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
85.20.016-6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO - UNIRRADICULAR	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
85.20.014-0	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
85.20.015-8	TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
85.20.015-9	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR COM MICROSCOPIA	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
85.20.011-5	RETRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
85.20.009-3	RETRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
85.20.010-7	RETRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
85.20.010-8	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR COM MICROSCOPIA	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
85.20.012-3	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
82.00.017-4	APICETOMIA UNIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
82.00.018-2	APICETOMIA UNIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETROGRADA	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F

Código	Descrição	cob	ertu	ras	Regulação	Documentação
82.00.007-7	APICETOMIA BIRRADICULAR com obturação retrógrada	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
82.00.008-5	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
82.00.015-8	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
82.00.016-6	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
85.20.002-6	PREPARO PARA NUCLEO INTRARRADICULAR	A	D	P	Aleatória	Rx-F
85.20.013-1	Tratamento endodôndico de dente com rizogênese incompleta (apicificação)	A	D	P	AI / AF	RJ e Rx-I e Rx-F

Periodontia

85.30.004-7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	A	D	P	Aleatória	
85.30.003-9	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	A	D	P	AI	PER e Rx
82.00.094-8	GENGIVOPLASTIA	A	D	P	AI	RJ e Rx
82.00.092-1	GENGIVECTOMIA	A	D	P	Aleatória	
82.00.021-2	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	A	D	P	AI	RJ/ Rx-I
82.00.168-5	TUNELIZAÇÃO	A	D	P	Aleatória	RJ
82.00.068-9	ENXERTO PEDICULADO	A		P	AI	RJ /FT
82.00.066-2	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	A		P	AI	RJ /FT
82.00.006-9	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
82.00.107-3	Odonto-seccção	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
82.00.041-7	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	A	D	P	AI	Rx-I / RJ
85.30.006-3	Tratamento de abscesso periodontal agudo	A	D	P	Aleatória	RJ
85.30.002-0	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	A	D	P	Aleatória	
85.40.024-6	ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	A		P	Aleatória	RJ

Radiologia Odontológica e Imaginologia

81.00.042-1	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	A	D	P	Aleatória	
81.00.037-5	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – bite wing	A	D	P	Aleatória	
81.00.038-3	RADIOGRAFIA OCLUSAL	A	D	P	Aleatória	
81.00.029-4	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODONTICO)	A	D	P	Aleatória	
81.00.040-5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA(ORTOPANTOMOGRAFIA)	A	D	P	Aleatória	
81.00.034-0	RADIOGRAFIA DA ATM	A		P	Aleatória	
81.00.048-0	Telerradiografia com traçado cefalométrico (manual)	A		P	Aleatória	RJ
81.00.053-7	TRAÇADO CEFALOMÉTRICO (computadorizado)	A		P	Aleatória	RJ
81.00.047-2	TELERRADIOGRAFIA	A		P	Aleatória	RJ
81.00.032-4	RADIOGRAFIA ANTERO-POSTERIOR	A		P	Aleatória	

Código	Descrição	cob	ertu	ras	Regulação	Documentação
81.00.036-7	RADIOGRAFIA DA MÃO E PUNHO - CARPAL	A		P	Aleatória	8 a 12 anos
81.00.030-8	MODELOS ORTODONTICOS	A		P	Aleatória	RJ
81.00.027-8	FOTOGRAFIA	A		P	Aleatória	RJ
81.00.045-6	SLIDES	A		P	Aleatória	
81.00.051-0	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam	A			Aleatória	
Prótese						
85.40.055-6	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	A	D	P	AI/AF	Rx-I / RX-F \FT
85.40.014-9	COROA TOTAL METÁLICA	A	D	P	AI/AF	Rx-I / Rx-F \FT
85.40.009-2	COROATOTAL ACRÍLICA Prensada	A	D	P	Aleatória	
85.40.021-1	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	A	D	P	AI	Rx-I
85.40.022-0	NÚCLEO METALICO FUNDIDO-	A	D	P	AI/AF	Rx-I / Rx-F
85.40.011-4	COROA TOTAL EM CEROMERO	A	D	P	AI/AF	Rx-I / Rx-F \FT
85.40.017-3	COROA TOTAL METALO PLASTICA – RESINA ACRILICA	A	D	P	AI/AF	Rx-I / Rx-F \FT
85.40.016-5	COROA TOTAL METALO PLASTICA - CEROMERO	A	D	P	AI/AF	Rx-I / Rx-F \FT
85.40.023-8	ONLAY RESINA INDIRETA	A			AI / AF	Rx-I / Rx-F \FT
85.40.026-2	PINO PRÉ-FABRICADO	A	D	P	Aleatória	
85.40.045-9	PROVISÓRIO PARA REST METALICA FUNDIDA	A	D	P	Aleatória	
85.40.044-0	Provisório para Inlay/Onlay	A		P	Aleatória	
85.40.007-6	Coroa provisória com pino	A	D	P	AI	
8540008 - 4	Coroa provisória sem pino	A	D	P	AI	
85.40.006-8	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	A	D	P	Aleatória	
85.40.004-1	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	A	D	P	Aleatória	
85.40.048-3	REEMBASAMENTO DE PROTESE TOTAL OU PARCIAL IMEDIATO (EM LABORATÓRIO)	A	D	P	Aleatória	
85.40.002-5	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	A	D	P	Aleatória	RJ
85.40.046-7	Recimentação de trabalhos protéticos	A	D	P		
85.40.050-5	Remoção de trabalho protético	A	D	P		
85.40.010-6	COROA TOTAL EM CERÂMICA	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F \FT
85.40.018-1	FACETA EM CERAMICA PURA	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F \FT
85.40.036-0	PROTESE PARCIAL FIXA PROVISORIA	A		P	Aleatória	Rx-I
85.40.047-5	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	A	D	P		
85.40.034-3	PROTESE PARCIAL FIXA EM METALO-PLÁSTICA	A		P	AI / AF	Rx-I e Rx-F \FT
85.40.033-5	PROTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERAMICA	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F\FT
85.40.051-3	RESTAURACAO EM CERAMICA PURA INLAY	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F\FT
85.40.052-1	RESTAURAÇÃO EM CERAMICA PURA ONLAY	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F\FT
85.40.030-0	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALOCERAMICA	A			AI / AF	Rx-I / Rx-F\FT

Código	Descrição	cob	ertu	ras	Regulação	Documentação
85.40.031-9	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRECTA EM METALO-PLASTICAproce	A			AI / AF	Rx-I / Rx-FFT
85.40.039-4	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRILICO COM OU SEM GRAMPOS	A	D	P	Aleatória	
85.40.038-6	PRÓTESE PARCIALREMOVÍVEL COM GRAMPO BILATERAL	A	D	P	AF e AF	Rx-I dentes pilares + FT oclusal
85.40.041-6	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	A	D	P	FT FINAL	
85.40.040-8	PRÓTESE TOTAL	A	D	P	FT FINAL	

Cirurgia Odontológica

82.00.171-5	ULOTOMIA	A	D	P	Aleatória	
82.00.170-7	ULECTOMIA	A	D	P	Aleatória	
82.00.165-0	Tratamento de alveolite	A	D	P	Aleatória	
82.00.102-2	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	A	D	P	AI	RJ
82.00.088-3	FRENULECTOMIA LABIAL	A	D	P	AI	Foto
82.00.089-1	FRENULECTOMIA LINGUAL	A	D	P	AI	Foto
81.00.017-0	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	A	D	P	AI	RJ
82.00.110-3	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	A	D	P	AI	RJ
82.00.081-6	Exodontia a retalho	A	P	P	AI / AF	Rx-I e Rx-F
82.00.078-6	EXERESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLOGICOS	A	D	P	AI/ AF	Rx-I e Rx-F
82.00.074-3	EXERESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	A	D	P	AI	
82.00.036-0	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL	A	D	P	AI	
82.00.038-7	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL	A	D	P	AI	
82.00.039-5	Cirurgia para torus palatino	A	D	P	AI	
82.00.133-2	REMOÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO NO SEIO MAXILAR	A			AI/ AF	Rx-I / Rx-F
82.00.077-8	EXERESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	A	D	P	Aleatória	
82.00.151-0	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	A	D	P	AI	Rx
82.00.152-9	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	A	D	P	AI	Rx
82.00.079-4	EXERESE OU EXCISAO DE MUCOCELE	A	D	P	AI	FOTO
82.00.080-8	Exérese ou excisão de rânula	A	D	P	AI	FOTO
82.00.136-7	REMOCAO DE ODONTOMA	A	D	P	AI	Rx
82.00.155-3	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	A	D	P	AI	FOTO
82.00.158-8	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	A	D	P	AI	Rx
82.00.161-8	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	A	D	P	AI	FOTO

Código	Descrição	cob	ertu	ras	Regulação	Documentação
Cirurgia Odontológica						
82.00.163-4	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	A	D	P	AI	Rx
82.00.117-0	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLO DENTARIA	A	D	P	AI	Rx
82.00.118-9	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA FRATURA ALVEOLO DENT	A	D	P	AI	Rx
82.00.119-7	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DA ATM	A	D	P		RJ
82.00.087-5	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	A	D	P	AI/AF	Rx-I / Rx-F
82.00.085-9	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	A	D	P	AIAF	Rx-I / Rx-F
82.00.128-6	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/IMPACTADOS	A	D	P	AI/AF	Rx-I / Rx-F
82.00.129-4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS	A	D	P	AI/AF	Rx-I / Rx-F
82.00.003-4	ALVEOLOPLASTIA	A	D	P		
82.00.125-1	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	A	D	P	AI/ AF	Rx-I / Rx-F
82.00.058-1	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F ou RxP
82.00.060-3	Enxerto com osso autógeno do mento	A		P	AI / AF	Rx-I / Rx-F ou RxP
82.00.149-9	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	A		P	Aleatória	
82.00.029-8	BRIDECTOMIA	A	D	P	AI	
82.00.019-0	Aprofundamento/aumento de vestibulo	A	D	P	AI	
82.00.115-4	Reconstrução de sulco gengivo-labial	A	D	P	AI	
82.00.150-2	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	A		P	AI	Rx-I / encaminhamento orto
82.00.083-2	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	A	D	P	AI/AF	Rx-I /Rx-F RJ
82.00.130-8	REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL	A	D	P		
82.00.131-6	REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL	A	D	P		
82.00.136-7	REMOÇÃO DE ODONTOMA	A	D	P	AI	Rx-I
Odontopediatria						
83.00.012-7	PULPECTOMIA EM DENTE DECIDUO	A	D	P	AI/AF	Rx-I / Rx-F
83.00.008-9	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	A	D	P	AF	FTI /FTF
84.00.011-2	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	A	D	P		RJ
87.00.001-6	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	A	D	P		
82.00.070-0	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	A	D	P		RJ
83.00.002-0	COROA DE ACETATO EM DENTE DECIDUO	A	D	P	AI	FT final

Código	Descrição	cob	ertu	ras	Regulação	Documentação
83.00.004-6	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	A	D	P	AI	Rx-F
83.00.015-1	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DECÍDUO	A	D	P	AI/ AF	Rx-I e Rx-F
81.00.001-4	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	A	D	P	AI	RJ
86.00.014-4	ARCO LINGUAL	A		P	AI / AF	FTI/FTF RJ
83.00.010-0	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOV.	A		P	AI / AF	FTI/FTF/ RJ
83.00.009-7	MANTENEDOR ESPAÇO FIXO	A		P	AI / AF	FTI/FTF/ RJ
85.40.024-6	ORTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	A		P	Aleatória	RJ
84.00.003-1	Aplicação de cariostático	A	D	P	Aleatória	RJ
83.00.013-5	Restauração atraumática em dente decíduo	A	D	P	Aleatória	

Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares

86.00.012-8	APARELHO REMOVÍVEL (3 parcelas)	A		P	AI / AINT / AP / AF	ITEM 7.10.3
86.00.037-3	MANUTENÇÃO ORTODÔNTICA APARELHO REMOVÍVEL	A		P	-	ITEM 7.10.3
86.00.009-8	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO (3 parcelas)	A		P	AI / AINT/ AP / AF	ITEM 7.10.3
86.00.035-7	MANUTENÇÃO ORTODÔNTICA APARELHO FIXO	A		P	-	ITEM 7.10.3
86.00.043-8	Pistas diretas de Planas - superior e inferior (aparelho ortopédico)	A		P	AI / AP / AF	ITEM 7.10.3
86.00.036-5	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODONTICO APARELHO ORTOPÉDICO	A		P	-	
86.00.112-9	APARELHO REMOVÍVEL (2 parcelas)	A		P	AI / AINT / AP / AF	ITEM 7.10.3
86.00.009-9	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO (2 parcelas)	A		P	AI / AINT / AP / AF	ITEM 7.10.3

Implantodontia

81.00.006-5	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	A			Aleatória	
81.00.003-0	CONSULTA ODONTOLÓGICA (planejamento cirúrgico protético)	A			Aleatória	
85.50.008-9	MANUTENÇÃO DE PROTESE SOBRE IMPLANTE	A			Aleatória	180 dias após
85.50.006-2	GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTE	A			AI	
82.00.098-0	IMPLANTE OSSEO INTEGRADO	A			AI / AF	Rx-I / Rx-F
82.00.124-3	REGENERAÇÃO TECIDUAL GUIADA	A			AI / AF	não pode sozinha
82.00.113-8	REABERTURA – COLOCAÇÃO DE CICATRIZADOR	A			-	- 2 meses após
85.50.007-0	INTERMEDIÁRIO PROTETICO (para implantes)	A			-	
85.50.001-1	Coroa provisória sobre implante	A			Aleatória	
85.50.003-8	COROA TOTAL METALO CERÂMICA SOBRE IMPLANTE	A			AI / AF	Rx-I / Rx-F/FT
82.00.034-4	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	A			AI / AF	Rx-I / Rx-F sextante
82.00.104-9	LEVANTAMENTO SEIO MAXILAR COM OSSO AUTÓGENO	A			AI / AF	Rx-I / Rx-F HASD / HSE

Código	Descrição	cob	ertu	ras	Regulação	Documentação
82.00.058-1	ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DA LINHA OBLÍQUA	A			AI / AF	Rx-I / Rx-F HASD / HSE
82.00.060-3	ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DO MENTO	A			AI / AF	Rx-I / Rx-F HASD / HSE
82.00.096-4	IMPLANTE ORTODONTICO	A			AI / AF	RJ Encaminhamento ortodontista/ Rx final
85.50.018-6	Protocolo Branemark provisório para 4 implantes	A			AI / AF	Rx-I / Rx-F/RJ
85.50.019-4	Protocolo Branemark provisório para 5 implantes	A			AI / AF	Rx-I / Rx-F/RJ
85.50.010-0	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes	A			AI / AF	FT-I/FT-F
85.50.009-7	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes	A			AI / AF	FT-I/FT-F
85.50.017-8	Protocolo Branemark para 5 implantes	A			AI / AF	Rx-I / Rx-F/RJ
85.50.016-0	Protocolo Branemark para 4 implantes	A			AI / AF	Rx-I / Rx-F/RJ

LEGENDA:

COBERTURAS (PLANOS)	SIGLA
AMS BENEFÍCIO ODONTOLÓGICO	A
DENTPASA	D
DENTPASA PLUS	P
AUDITORIA INICIAL	AI
AUDITORIA FINAL	AF
AUDITORIA INTERMEDIÁRIA	AM

DOCUMENTAÇÃO (*)	SIGLA
Rx PERIAPICAL INICIAL	Rx-I
Rx PERIAPICAL FINAL	Rx-F
Rx PANORÂMICO	RxP
Rx OCLUSAL	RxO
TOMOGRAFIA	TOM
PERIOGRAMA	PER
RELATÓRIO JUSTIFICATIVO	RJ

