

Manual Técnico
Administrativo do
**Credenciado
Odontológico**

**DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA
ODONTOLÓGICO VALE/PASA**

**CENTRAL DE RELACIONAMENTO
COM O PRESTADOR**

4004-0183 (capitais)

0800 722 0183 (outras regiões)

E-mail: prestador2@planopasa.com.br



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 planos e programas odontológicos, sendo que qualquer informação adicional poderá ser obtida preferencialmente em sua Central de Relacionamento com o Prestador, exclusiva para a VALE/PASA, ou ainda, junto aos escritórios da PASA identificados em nosso site: www.saudepasa.com.br.

Os planos AMS - BENEFÍCIO ODONTOLÓGICO (“AMS”), instituído pela Vale ANS Nº. 34569-5, DENTPASA e DENTPASA PLUS, instituídos pela própria PASA ANS Nº. 33198-8, têm 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.

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 de elegibilidade do beneficiário através do site wwwt.connectmed.com.br ou da Central de Relacionamento com o Prestador.

Os cartões de identificação apresentam os seguintes dados:

- Matrícula do beneficiário
- Nome do beneficiário
- Tipo ou modalidade do plano/benefício: Odontológico (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 à AMS: DENTPASA Nº. 465719115 ou DENTPASA PLUS Nº. 465659118

Carteirinha AMS



Carteirinha 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.

1. 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 CNPJ (pessoas jurídicas).

Os prestadores conveniados são incluídos em uma lista de credenciados que contém seus dados dos 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.

ATENÇÃO

A fim de manter atualizadas as informações cadastrais, para correta identificação dos prestadores, há necessidade que os credenciados comuniquem imediatamente meios de contato, endereço, qualquer alteração ocorrida em relação às condições de atendimento, qualificação profissional, acreditação e/ou pagamento.

A 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.

OBS: no tratamento ortodôntico, toda mudança de prestador, independentemente do tipo de aparelho, deve ser comunicada à empresa. Isto é muito importante para a autorização do tratamento, quer seja de continuidade ou o 2º tratamento.

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 (buco 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 INTERMEDIÇÃO DOS USUÁRIOS, CONFORME DEFINIDO NO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO.

Toda documentação que for anexada ao pedido de senha deve obrigatoriamente ser identificada no campo “DESCRIÇÃO DO DOCUMENTO”, exemplo: Raio X, justificativa, fotografia, etc.

2. COBERTURA

O Benefício Odontológico AMS do Grupo Vale e o plano regulamentado DentPASA contemplam o atendimento odontológico, ambulatorial e hospitalar, limitados aos procedimentos previstos no rol da ANS vigente, observadas as limitações das Diretrizes de Utilização - DUT, e aos seus beneficiários.

O plano regulamentado DentPASA Plus contempla o atendimento odontológico, ambulatorial e hospitalar, limitados aos procedimentos previstos no rol da ANS vigente, observadas as limitações das Diretrizes de Utilização - DUT, e aos seus beneficiários. Além disso, possui cobertura adicional de aparatologia ortodôntica.

Procedimentos que não estejam expressos nas tabelas da VALE/PASA não terão cobertura.

Portanto, a **VALE/PASA** não se responsabilizará pelo pagamento.

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, DENTPASA ou DENTPASA PLUS), as quais estão relacionadas na TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DA VALE/PASA.

3. EXCLUSÕES DE COBERTURAS

Os procedimentos odontológicos não cobertos variam de acordo com o tipo de plano contratado, estando relacionados na TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS, 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;
- 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.

Obs: existe excepcionalidade às empresas que não aderiram ao acordo coletivo de 2017 no que diz respeito às especialidades de Ortodontia Fixa, Removível e Ortopédica e Implantodontia Dentária e seus passos subsequentes. Os critérios de cobertura são singulares para cada empresa:

Códigos Empresas	Empresas que possuem cobertura	Ortodontia
20	MRN	Cobertura até 22 anos
96	Samarco	Cobertura sem restrição
5Q	Agesa	Cobertura sem restrição
06	Florestas	Cobertura até 22 anos
6E/6Z	Renova	Cobertura sem restrição
ZR	MBR	Cobertura até 22 anos

O plano DENTPASA PLUS, da PASA, exclui os procedimentos de implantes 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;
- Procedimentos que estejam dentro do período de carência prevista ou que ultrapassem os limites e regras definidas no Regulamento.

O plano DENTPASA, possui cobertura apenas a procedimentos básicos. Exclui todos os listados anteriormente e dezenas de outras intervenções. Consulte tabela odontológica neste manual para averiguação de cobertura.

4. ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO

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.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS E AUDITORIA

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

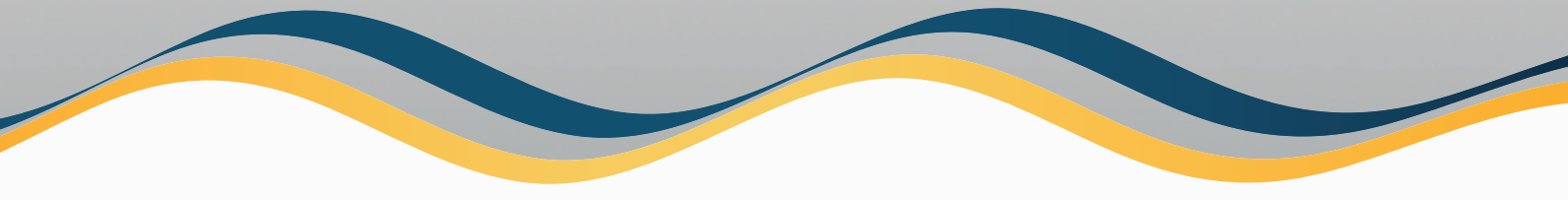
- Consulta odontológica inicial;
- Aplicação tópica de flúor.

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 Relacionamento, em até 10 dias úteis antes da realização do procedimento que necessitem de auditoria inicial.

A auditoria final, para o faturamento, poderá ser analisada em até 15 dias úteis após a anexação e envio do documento final pertinente ao procedimento solicitado.

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.
- 

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 Relacionamento com o Prestador da VALE/PASA, conforme detalhado à frente neste manual.

A validade da senha é de 90 (noventa) dias.

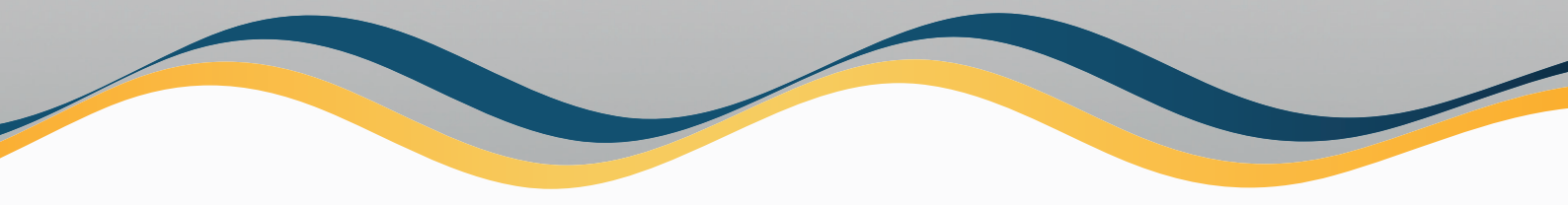
Códigos CBO

O preenchimento da guia de tratamento odontológico GTO exige o preenchimento do item 29 (código CBO), de acordo com a especialidade.

- CBO 223212 - Cirurgião dentista - endodontista
- CBO 223220 - Cirurgião dentista - estomatologista
- CBO 223224 - Cirurgião dentista - implantodontista
- CBO 223228 - Cirurgião dentista - odontogeriatra
- CBO 223232 - Cirurgião dentista - odontologista legal
- CBO 223236 - Cirurgião dentista - odontopediatra
- CBO 223240 - Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista
- CBO 223244 - Cirurgião dentista - patologista bucal
- CBO 223248 - Cirurgião dentista - periodontista
- CBO 223252 - Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial
- CBO 223256 - Cirurgião dentista - protesista
- CBO 223260 - Cirurgião dentista - radiologista
- CBO 223264 - Cirurgião dentista - reabilitador oral
- CBO 223268 - Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial
- CBO 223272 - Cirurgião dentista de saúde coletiva
- CBO 223276 - Cirurgião dentista - odontologia do trabalho
- CBO 223280 - Cirurgião dentista - dentística
- CBO 223284 - Cirurgião dentista - disfunção temporomandibular e dor orofacial
- CBO 223288 - Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais
- CBO 223293 - Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família

REGULAÇÃO ODONTOLÓGICA

Todo e qualquer tratamento odontológico que não se resuma a consulta odontológica, consulta de urgência, 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 a REGULAÇÃO ODONTOLÓGICA. O PRAZO DE ANÁLISE é de até **10 DIAS ÚTEIS**.

AUDITORIA / REGULAÇÃO TÉCNICA

Desde o dia 01 de outubro de 2017 as auditorias técnicas passaram a ser realizadas **EXCLUSIVAMENTE PELA EQUIPE DE REGULAÇÃO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO**.

Os procedimentos sujeitos às AUDITORIAS estão descritos neste manual nos tópicos referentes às Orientações e Critérios Técnicos por Especialidades.

AUDITORIAS	SIGLA	DOCUMENTAÇÃO (*)	SIGLA
AUDITORIA INICIAL	AI	Rx PERIAPICAL INICIAL	Rx-I
AUDITORIA DE INSTALAÇÃO	AINT	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	Rx
		FOTOGRAFIA	FT

ATENÇÃO:

Em qualquer procedimento, quando necessário, documentos adicionais 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 com o nome do beneficiário, dente ou região e data (ex: Radiografia periapical final dente 15, Modelos ortodônticos, Tomografia, relatório periodontal, fotografia inicial);
- Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de Radiografia/Imagens, o prestador deve obrigatoriamente identificar o procedimento e justificar a solicitação;
- As radiografias devem estar obrigatoriamente atualizadas, respeitando o prazo intervalar de repetição;
- 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.

5. CODIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Todos os 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 ODONTOLÓGICO conforme abaixo:

A TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS da VALE/PASA encontra-se no final deste manual, permitindo a visualização da cobertura do procedimento segundo planos (AMS – “A”, DENTPASA- “D”, ou ainda DENTPASA PLUS – “P”). A última coluna da tabela, após a coluna que identifica e caracteriza eventual AUDITORIA (AUD), refere-se 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	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 DE INSTALAÇÃO	AINT	FOTOGRAFIA	FT
AUDITORIA FINAL	AF		
AUDITORIA PRORROGAÇÃO	AP	TOMOGRAFIAS	TOM
		PERIOGRAMAS	PER
		RELATÓRIO JUSTIFICATIVO	RJ

6. INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS POR ESPECIALIDADES

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

Perfil de Atendimento	AMS	DENTPASA	DENTPASA PLUS
Diagnóstico	01 (uma) ocorrência	01 (uma) ocorrência	01 (uma) ocorrência
Consultas eletivas	Por código no período de 180 (cento e oitenta) dias por profissional	Por código no período de 180 (cento e oitenta) dias por profissional	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 180 (cento e vinte) dias por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 180 (cento e vinte) dias por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 180 (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 Clínica Radiológica (*Document. 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 60 (sessenta) meses ou 1800 dias por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 60 (sessenta) meses ou 1800 dias por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 60 (sessenta) meses ou 1800 dias por usuário
Aparelho Ortodôntico (fixo ou removível)	1 (uma) 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 ocorrências 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.

IMPORTANTE:

ao encaminhar o beneficiário para um serviço de imagem, é obrigatório que o pedido de exame tenha sempre a devida JUSTIFICATIVA.

***OBS: CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA**

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 a 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:

- Odontalgias – pulpite, alveolite;
- Abscesso;
- Fraturas;
- Feridas contusas;
- Hemorragias;
- Traumastimo dentário;
- Recolocação de prótese.

Agendamentos de última hora e/ou encaixes não-programados nas agendas para intervenções eletivas não serão considerados 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 ODONTOLÓGICOS).

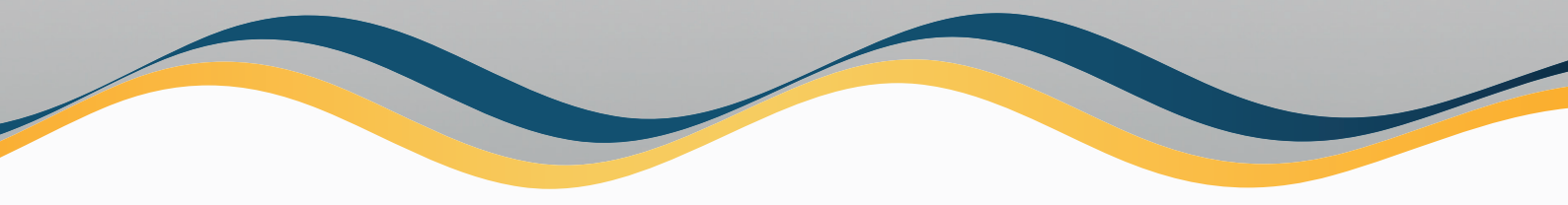
7.2 - PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS

Para os procedimentos descritos deverá ser respeitado o prazo intervalar de 01 ocorrência em cada 180 dias por usuário.

- Atividade em Saúde Bucal (8400013-9) - orientação de higiene oral e dieta alimentar;
- Remoção do tecido cariado e colocação de Material Restaurador Provisório - ART - *Tratamento Atraumático – (8520008-5/8510008-0);
- Aplicação tópica de flúor (8400009-0);
- Profilaxia – (84.00.019-8).

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

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 14 (quatorze) 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 ocorrências 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 ocorrências por 120 dias). Deverá ser solicitada com relatório justificativo (RJ).

A raspagem supra gengival (inclusive ultrassom) e polimento coronário deverão ser realizados por sextante S1, S2, S3, S4, S5, S6, em intervalos semestrais.

A aplicação de cariostático deverá ser efetuada por elemento dentário, com intervalo anual. 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 Relacionamento com o Prestador, condicionados à dependência de elegibilidade do beneficiário e do atendimento às regras acima especifica.

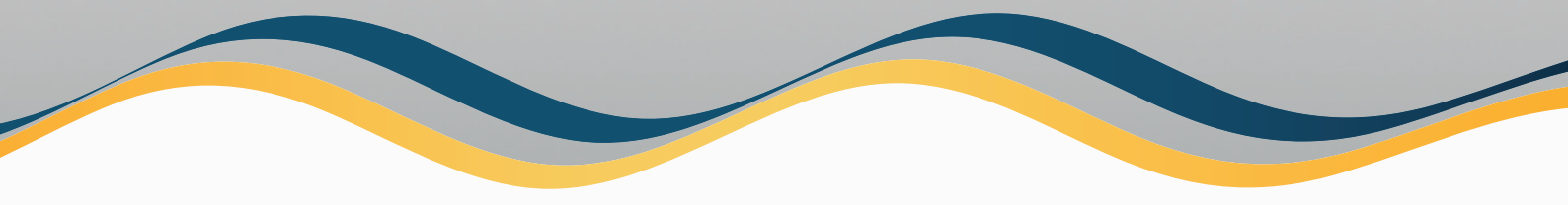
8.ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

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).

intervalar de 730 (setecentos e trinta) dias, salvo em casos especiais previamente justificados, analisados e endossados pela VALE/PASA.



A restauração atraumática (temporária) é liberada na presença de cárie profunda, sem comprometimento pulpar, em casos de proervação. Nos dentes decíduos, em casos de manter o elemento como mantenedor de espaço, no aguardo da irrupção do dente permanente ou em casos de pacientes com alta atividade cariogênica. Na endodontia, é liberada para o selamento final do dente.

Restauração atraumática não deve ser utilizada com curativo de demora.

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

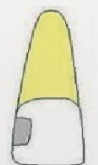
Para solicitar as restaurações é preciso considerar a classificação das cavidades segundo a "Classificação de Black".



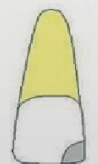
Classe I: cavidades nas cicatrículas e fissuras, na face oclusal de pré-molares e molares, na face palatina dos incisivos superiores, nos 2/3 oclusais da face vestibular de primeiros molares inferiores e nos 2/3 oclusais da face palatina dos molares superiores.



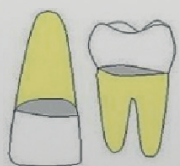
Classe II: cavidades preparadas nas faces proximais dos pré-molares e molares.



Classe III: cavidades preparadas nas faces proximais dos incisivos e caninos, sem remoção do ângulo incisal.



Classe IV: cavidades preparadas nas faces proximais dos incisivos e caninos, com remoção e restauração do ângulo incisal.



Classe V: cavidades preparadas no terço gengival, não de cicatrículas, das faces vestibular e lingual de todos os dentes.

Utilizando os códigos:

85100196 - RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE

FACES: L, O, P, V

DENTES: TODOS

85100200 - RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES

FACES: D, M, O

DENTES POSTERIORES (PRE MOLARES E MOLARES)

85100218 - RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES

FACES: D, I, L, M, O, P, V

DENTES: ANTERIORES (CANINOS E INCISIVOS)

85100226 - RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 4 FACES

FACES: D, I, L, M, P, V

DENTES: ANTERIORES (CANINOS E INCISIVOS)

8.2 - ENDODONTIA

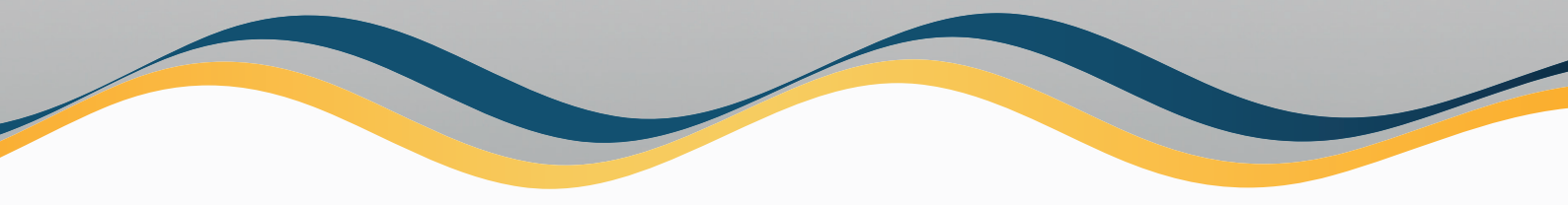
O procedimento "Clareamento de Dente Desvitalizado" (clareamento intrínseco) necessita de radiografia e fotografia inicial para análise da auditoria inicial. (AI) e só pode ser realizado em dentes anteriores, será liberado uma única vez.

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.

OBS: para AF dos retratamentos, além do Rx final, deve ser anexado também o Rx com o conduto esvaziado ou Rx da prova do cone.

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 (8100004-9/8100005-7) 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, dente ou 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.

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).

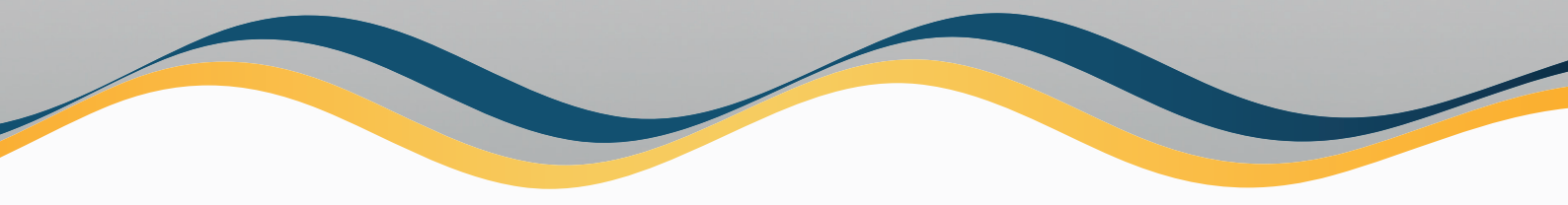
8.3 - PERIODONTIA

Por Segmento ou Sextante, entende-se:

- de canino a canino;
- 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 intercalar mínima de 01 (uma) ocorrência no período de 180 (cento e oitenta) dias por segmento e não poderão ser solicitados simultaneamente.

OBS: a solicitação de raspagem sub gengival em associação ou após a solicitação de raspagem supra gengival não serão autorizadas.



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) 8530005-5 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) carência intervalar mínima de 01 (uma) ocorrência no período de 180 (cento e oitenta) dias por segmento e não poderão ser solicitados simultaneamente.

OBS: a solicitação de raspagem sub gengival após a solicitação de raspagem supra gengival é indevida.

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

Nas especialidades de Implantodontia, Periodontia, Cirurgia e Estomatologia, o “Acompanhamento de Tratamento/Procedimento Cirúrgico” (periódico preventivo) terá prazo intervalar de repetição de 120 dias e poderá ser solicitado nos casos clínicos que necessitem de acompanhamento intensivo por parte do profissional, devendo anexar o relatório justificativo (RJ).

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.

Só serão aceitas as radiografias nítidas e datadas, com dente/região identificados e com o nome do beneficiário.

OBS 1: radiografias exigidas nas AI e AF devem ser solicitadas na mesma senha dos procedimentos.

OBS 2: radiografias solicitadas com a finalidade de comprovação da AF, estando fora do prazo intervalar de repetição, deverão ser solicitadas com o nome do beneficiário, número do dente ou região e data que o procedimento foi realizado.

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.

A TOMOGRAFIA CONE BEAN (81000510), SÓ SERÁ AUTORIZADA PELA AUDITORIA EM SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS, DEVIDAMENTE JUSTIFICADAS, OU QUANDO RELACIONADA À IMPLANTES, PARA AS EMPRESAS QUE POSSUEM A COBERTURA PARA A ESPECIALIDADE.

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.

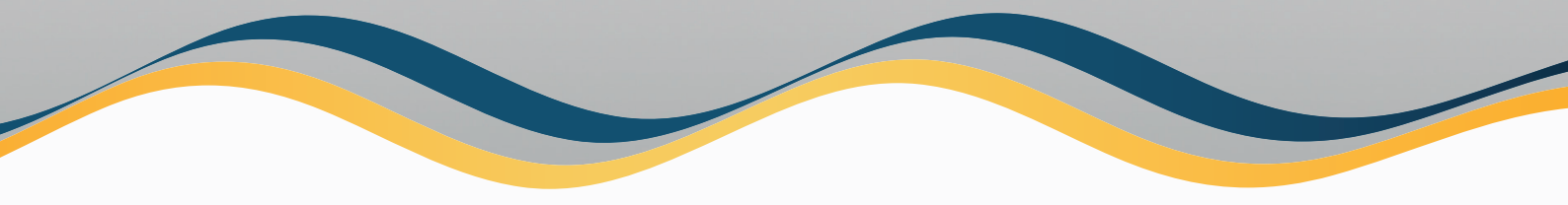
Todo trabalho de prótese deverá ter vida útil mínima de 05 (cinco) anos.

O procedimento "Ajuste Oclusal" só poderá ser solicitado para beneficiários com idade a partir de 14 (quatorze) anos com diagnóstico de contato prematuro em próteses extensas e doença periodontal avançada e devem conter o (RJ) no campo observação.

Só poderá ser solicitada 01 (uma) prótese provisória para cada elemento dentário. Ela deverá ser solicitada na auditoria inicial e obrigatoriamente vinculada ao pedido das próteses definitivas ou à solicitação de núcleo.

A 'Coroa Total Prensada' é um trabalho definitivo, desse modo segue a mesma parametrização dos outros trabalhos protéticos.

A solicitação de "Preparo de núcleo intra radicular" deve estar associada ao pedido de tratamento endodôntico ou ao pedido de núcleo metálico fundido.



A "Ortese Miorelaxante" deve ser solicitada na Auditoria Inicial com justificativa, fotografia intra oral (realizadas em consultório e não em serviços de imagem), evidenciando os desgastes e\ou laudo do exame da ATM. Para a Auditoria Final deve ser enviada a fotografia com a placa instalada.

REMOÇÃO E CIMENTAÇÃO DE PROVISÓRIO FAZEM PARTE DA EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO DE PRÓTESE.

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 1: a fotografia solicitada na Auditoria Final, deve obrigatoriamente ser feita no consultório. Para fotografar, deverão ser utilizados preferencialmente afastadores e espelho intra oral apropriados, evitando demora na autorização dos procedimentos em função da qualidade mínima para análise da auditoria.

OBS 2: 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, etc.).

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.

Alveoloplastias só serão liberadas para extrações seriadas mediante justificativa.

Todos os serviços em regime de internação (cirurgia buco maxilo facial ou cirurgias

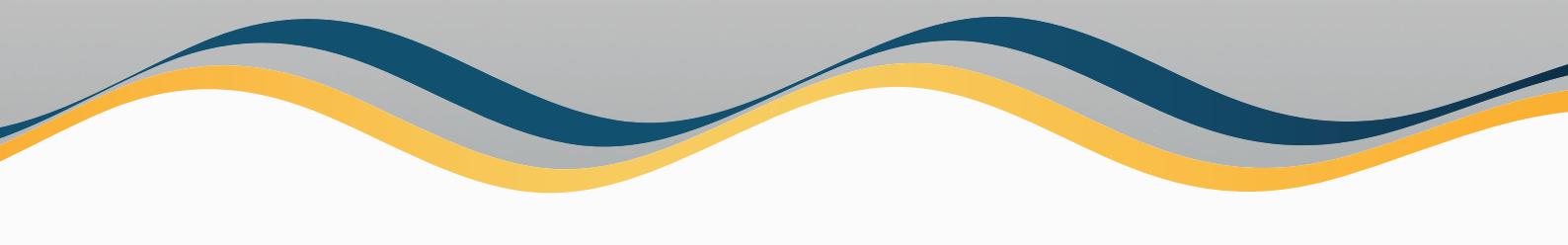
odontológicas com analgesia) que venham a ser executados pelos especialistas serão previamente analisados, a cada caso, pela Vale/PASA.

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

CBMF incluindo trauma e patologia:

- 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;
- exames de imagem atuais (radiografias, tomografias), não apenas laudo;
- relatório técnico justificativo do cirurgião como justificativa de imperativo clínico para ambiente hospitalar;
- termo de consentimento livre esclarecido;
- relatório de OPME com indicação de três fabricantes.

CBMF ORTOGNÁTICA:

- exames de imagem (radiografias, tomografias);
 - fotografias intra e extra orais;
 - relatório técnico justificativo, ressonância magnética e indicação para cirurgia do ortodontista relatando o caso e a fase em que se encontra;
 - traçado predictivo;
 - termo de consentimento livre esclarecido;
 - relatório de órtese/prótese, material especial com indicação de três fornecedores;
 - exames de imagens atuais (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;
 - relatório de OPME com indicação mínima de três fabricantes.
- 

CBMF PARA DTM:

- exames de imagem (radiografias, tomografias);
- 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;
- exames de imagem atuais (radiografia, tomografias, ressonância magnética);
- parecer do especialista em DTM e dor orofacial relatando tentativas de tratamento e evolução clínica da doença;
- relatório de OPME com indicação mínima de três fabricantes.

Nas especialidades de Implantodontia, Periodontia, Cirurgia e Estomatologia, o “Acompanhamento de Tratamento/Procedimento Cirúrgico” (periódico preventivo) terá prazo intervalar de repetição de 120 dias e poderá ser solicitado nos casos clínicos que necessitem de acompanhamento intensivo por parte do profissional, devendo anexar o relatório justificativo (RJ).

8.7- ODONTOPEDIATRIA

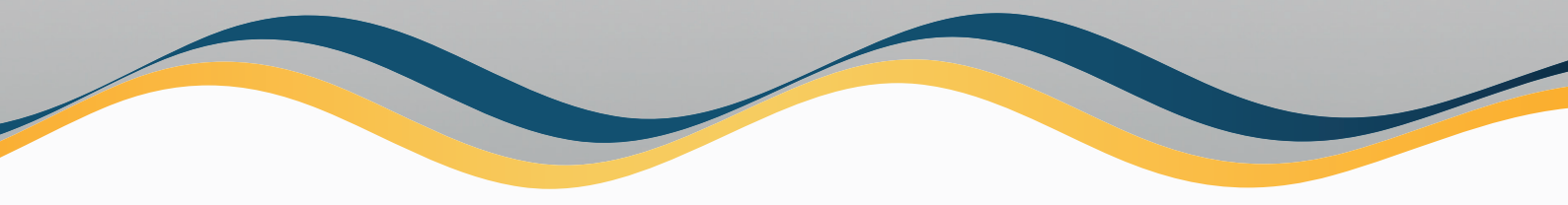
São considerados pacientes odontopediátricos aqueles que possuem de 0 (zero) a 14 (quatorze) anos incompletos, sendo permitido o atendimento até esta faixa etária na especialidade.

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;
- Placa labio ativa.



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	Ortopedia Corretiva e Facial
Exemplos de aparelhos ortodônticos	Mantenedor de Espaço; Fixo e Removível; PLA (placa lábio palatina) e arco lingual.	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: Fixa e Removível
Consideração	Tem por objetivo fazer intervenções precoces visando prevenir problemas de má- oclusão.	Tem por objetivo reformular o crescimento esquelético e prevenir má oclusão futura. Manutenção mensal.	Intervenção sobre má-occlusão instalada. Manutenção mensal.
Auditoria	A/AF	A/AF	A/AF
Parâmetros	ORTODONTIA PREVENTIVA	ORTOPEDIA	ORTODONTIA FIXA
Idade limítrofe	12 (doze) anos.	12 (doze) anos.	22 (vinte e dois) anos de acordo com o plano 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.	Aparatologia não 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	01 (um) aparelho por vida.	01 (um) aparelho por vida.	01 (um) aparelho por vida.
---------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Manutenções	Poderão ser acompanhadas por consultas simples em intervalos programados. OBS: sem cobertura para DENT PASA PLUS e DENT PASA	Prazo de manutenção: até 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
-------------	--	--	--

OBS: a documentação ortodôntica será liberada apenas para os beneficiários que possuam planos com cobertura para o tratamento ortodôntico.

Diretrizes para Realização das Auditorias em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares: toda a documentação referente à autorização dos tratamentos Ortodônticos/Ortopédicos deverá ser solicitada obrigatoriamente pelo Ortodontista/Ortopedista e ser anexada na solicitação de senha através de autorizador WEB no site www.t.connectmed.com.br.

**DOCUMENTAÇÃO A SER APRESENTADA PARA A AUDITORIA (CHECK-LIST INICIAL):
AUDITORIA INICIAL (AI): antes da realização do tratamento**

- 04 Fotografias do Modelo de estudo ortodôntico (frontal, lateral direita, lateral esquerda, oclusal superior e inferior);
- 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);
- Radiografias específicas ao caso - Panorâmica e Cefalométrica de Perfil realizadas obrigatoriamente em serviço especializado);
- Traçado cefalométrico;
- 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 (AINT): após a instalação do aparelho ortodôntico/ortopédico, removível ou fixo metálico

- 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:

- Laudo Ortodôntico Simplificado Inicial (LOS);
- Laudo Ortodôntico Simplificado Complementar com a justificativa e tempo de prorrogação;
- Radiografia Panorâmica atualizada;
- Fotografias intra -orais (realizadas em consultório).

Frontal.

Lateral direita.

Lateral esquerda.

Oclusal superior e inferior.

AUDITORIA FINAL (AF): ao término da terapia ortodôntica/ortopédica ativa

- 05 Fotografias intra-orais do beneficiário: frontal, lateral D, lateral E, oclusal superior e inferior (realizadas obrigatoriamente em serviços especializados, devidamente identificadas e datadas);
- 01 Fotografia extra oral frontal sorrindo. (Realizada em serviço especializado)
- 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 inferior a serem instaladas;
- Declaração do paciente relatando o grau de satisfação do tratamento redigido, datado e assinado à próprio punho pelo beneficiário ou seu responsável.

OBS: para agilizar o processo da auditoria, os arquivos com documentos e imagens quando anexados ao pedido de senha, DEVEM OBRIGATORIAMENTE ESTAR IDENTIFICADOS NO CAMPO "DESCRIÇÃO DO DOCUMENTO" (ex: Radiografia periapical final dente 15, Modelos ortodônticos, traçados, fotografia inicial, etc.).

Pagamento dos Aparelhos Ortodônticos

***Ortopedia Funcional – Parcela única**

- Após a AUDITORIA INICIAL e DE INSTALAÇÃO (AIM), após o parecer do AUDITOR.

***Ortodontia Removível e Fixa – 02 (duas) parcelas iguais**

- 1ª parcela do aparelho após liberação do parecer da AUDITORIA DE INSTALAÇÃO (AINT);
- 2ª parcela do aparelho após AUDITORIA FINAL (AIF).

Novos Códigos: Aparelho removível – 80.99.258-7 e Aparelho fixo – 80.99.259-5.

OBS: para os tratamentos autorizados antes do dia 01/10/17, fica mantida a cobrança do tratamento em 3 parcelas (Aparelho removível - código 86.00.012-8 – Aparelho fixo e código 86.00.00.9-8).

OBS: plano DENTPASA PLUS – Pagamento do Aparelho Ortodontico – sem as manutenções.

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

Ortopedia Funcional dos Maxilares

Parcela única após AUDITORIA DE INSTALAÇÃO (AINT), após 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

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

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 (AINT). O profissional utilizará como referência máxima o valor contido na tabela própria da VALE/PASA.

PISTAS PLANAS

Os exames necessários para solicitação das Pistas Planas dependem da faixa etária do beneficiário:

- Até 12 anos documentação e regras da ortopedia funcional;
- Depois de 12 anos anexar justificativa e laudo dos exames (Rx e laudo ATM);
- As manutenções serão autorizadas apenas para os beneficiários de até 12 anos (ortopedia funcional).

Casos de Abandono de Tratamento

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.

Observações Importantes:

1: a manutenção mensal é considerada como parte integrante do tratamento, estando incluídos em seu valor todos os atendimentos necessários dentro do mês, sendo obrigatório, no mínimo, um atendimento para que possa ser efetuada a cobrança.

2: nos casos de desistência, desligamento da empresa 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.

3: 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.

4: 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.

5: após 6 (seis) meses consecutivos de ausência nas consultas de manutenção, o tratamento poderá ser cancelado.

6: beneficiários que forem transferidos de regional ou por motivo justificado e analisado, trocando assim de prestador, será caracterizado 2º tratamento ou tratamento de continuidade, caso seja aproveitada a aparatologia.

7: para ser considerado como 2º tratamento ou continuidade, a empresa deve ser obrigatoriamente notificada através do envio dos documentos necessários para análise dos Auditores Internos (consultar check list ortodôntico no manual).

8: após análise, no caso de 2º tratamento, prestador deve enviar fotos (feitas em consultório), da arcada do beneficiário sem aparelho, para evidenciar o não aproveitamento da aparatologia anterior.

9: tratamento de continuidade deverá obrigatoriamente ter sido autorizado, desse modo, receberá na finalização uma parcela referente à realização dos aparelhos de contenção.

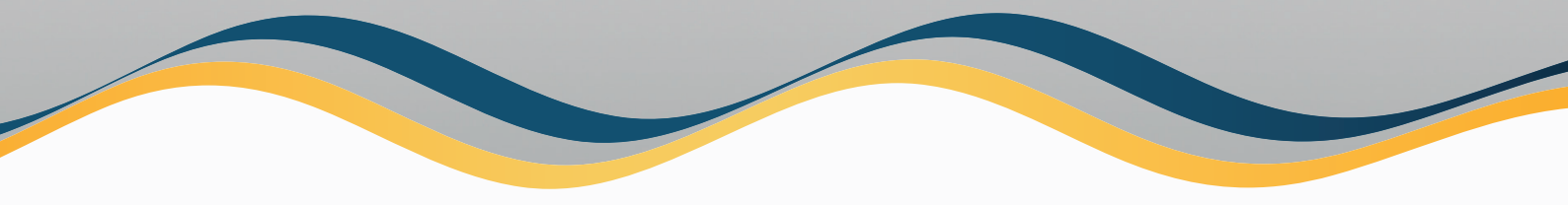
10: autorização para tratamentos ortodônticos removíveis, ou ortopédicos, não significa autorizações automáticas para tratamentos corretivos. A intenção de segunda fase deve ser sinalizada no LOS inicial do primeiro tratamento.

11: não haverá cobertura de documentação ortodôntica para beneficiários que não gozarem do benefício.

LIMITES DE COBERTURA

Ortodontia Preventiva: é permitida aos beneficiários a cobertura de apenas 01 (um) aparelho ortopédico/por vida.

Ortodontia Removível: é permitida aos beneficiários a cobertura de apenas 01 (um) Aparelho Ortodôntico Removível\por vida.



Ortodontia Fixa: é permitida aos beneficiários a cobertura de apenas 01 (um) Aparelho Ortodôntico Fixo Metálico\por vida.

Ortopedia Funcional dos Maxilares: é permitida aos beneficiários a cobertura de apenas 01 (um) Aparelho Ortopédico dos Maxilares\por vida.

IMPORTANTE:

- Os módulos já incluem todos 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 a 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.

OBS: nenhum tipo de plano possui cobertura para aparelhos estéticos e técnica autoligado.

Implante Ortodôntico:

- Deve ser solicitado somente pelo ortodontista;
- Deve constar no LOS Inicial (laudo ortodontico simplificado);
- Faixa etária, acima de 16 anos.

Tratamento de continuidade e 2° tratamento

Sempre que houver modificação de prestador, independente do motivo, é OBRIGATÓRIO que a empresa seja notificada.

- O prestador solicitará uma senha de parcela;
- Irá anexar todos os documentos atualizados do beneficiário (ver check list);
- Irá preencher no campo observação o histórico referente a mudança de prestador, inclusive se tem a pretensão de dar continuidade à aparatologia instalada;
- Anexar o LOS com novo planejamento;

- Aguardar a análise e a conclusão com os direcionamentos do auditor para dar sequencia ao tratamento;
- Caso não seja formalizado utilizando o protocolo acima, a empresa não se responsabilizará pelo pagamento de parcelas subsequentes;
- Enviar as fotos para evidenciar a remoção da aparatologia anterior.

8.9 - IMPLANTODONTIA

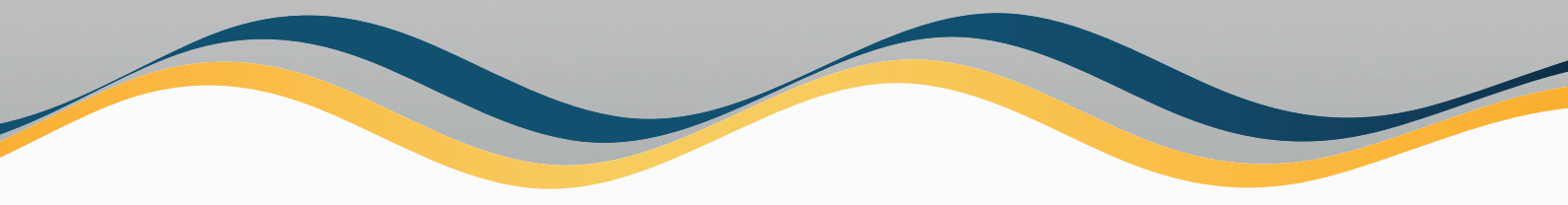
Todos os procedimentos de Implantodontia são condicionados à auditoria inicial para autorização e final para o faturamento, respeitados os seguintes critérios de avaliação:

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 ortodôntico)
- 05** Risco cirúrgico (quando a anamnese sugerir a necessidade)



OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- 1.** A “consulta odontológica inicial” (81.00.006-5) deve ser escolhida quando for feita a solicitação do implante.

- 2.** A idade mínima para solicitação de implante é 18 anos e a máxima 70 anos.

- 3.** Poderão ser solicitados até 04 implantes no período de 12 meses por beneficiário do plano, exceto nas indicações Protocolo de Brenemark ou Overdenture, quando devidamente justificadas.

- 4.** 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.

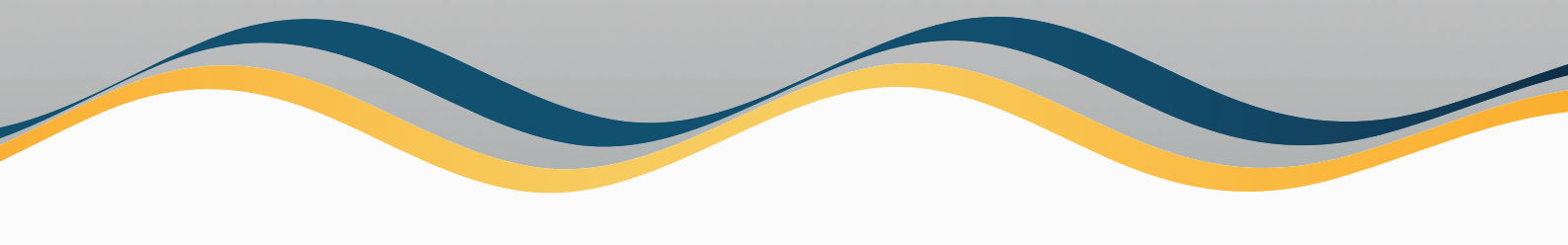
- 5.** PARA OS CASOS DE PACIENTES COM EDENTULISMO TOTAL, SÓ PODERÃO SER PLANEJADAS PRÓTESES TOTAIS DO TIPO PROTOCOLO DE BRANEMARK OU OVERDENTURE. NÃO PODERÃO SER PLANEJADAS PRÓTES PARCIAIS FIXAS.

- 6.** 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.

- 7.** Para o planejamento deve ser considerado a cronologia do tratamento para as solicitações: ou seja, enxertos – Implantes – Prótese.

Observações quanto à auditoria:

- a. Auditoria poderá solicitar exames complementares quando entender necessário.

 - b. Auditoria Final da fase cirúrgica:
 - Radiografias finais do caso.
 - Relatório de intercorrências transoperatórias e pós-operatória.
- 

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

d. 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.

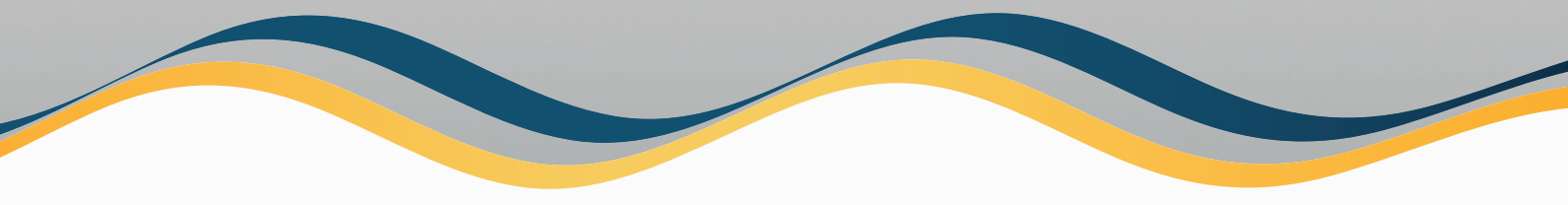
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES 2:

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.

2: A reabertura com cicatrizador só poderá ser cobrada com a comprovação, através de imagem, do sepultamento do implante.

3: 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.

4: 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.



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

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

7: 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, etc)

8: Para auditoria final das próteses totais do tipo Protocolo de Branemark ou Overdenture, devem ser anexadas fotos oclusal e frontal com a protese instalada.

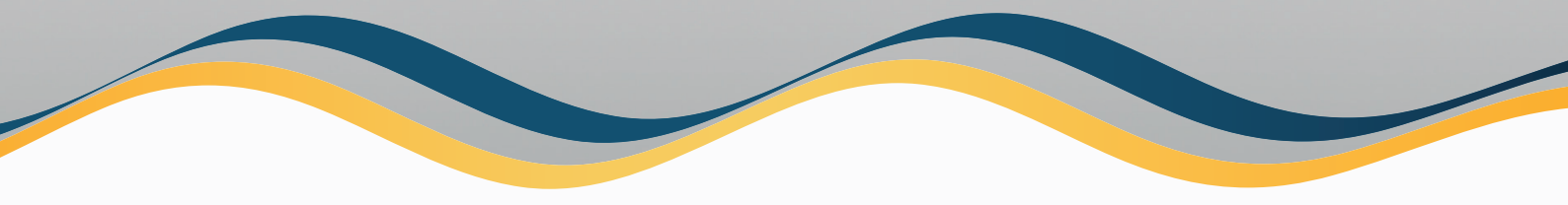
A manutenção de prótese sobre implantes requer autorização prévia, com prazo intervalar de 180 dias.

Nas especialidades de Implantodontia, Periodontia, Cirurgia e Estomatologia, o “Acompanhamento de Tratamento/Procedimento Cirúrgico” (periódico preventivo) terá prazo intervalar de repetição de 120 dias e poderá ser solicitado nos casos clínicos que necessitem de acompanhamento intensivo por parte do profissional, devendo anexar o relatório justificativo (RJ).

9. 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.

10. COBRANÇA E PAGAMENTO

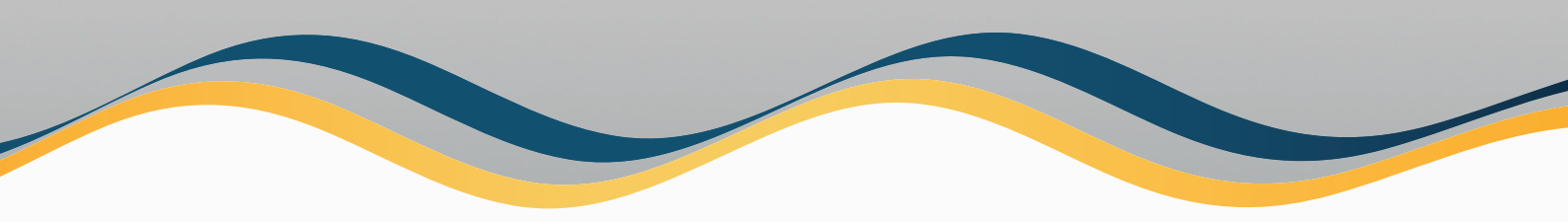
COBRANÇA

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 Nº. 34569-5 e outro para a PASA ANS nº. 331898; 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 (wwwt.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.

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.

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.

11. 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 à credenciada via WEB (wwwt.connectmed.com.br).

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

12. 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 (wwwt.planopasa.com.br).

Não serão emitidas guias em papel pela VALE/PASA

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS TUSS DE COBERTURA DA 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.

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

*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.

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

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		

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

*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).

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

*A justificativa e as radiografias nos casos pertinentes deverão estar anexados ao formulário de cobrança (GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICOS)

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

*As radiografias devem estar obrigatoriamente atualizadas, respeitando o prazo intervalar de repetição.

*Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de Radiografia/Imagens, o prestador deve obrigatoriamente identificar o procedimento e justificar o pedido do exame

PREVENÇÃO

84.00.019-8	Profilaxia – polimento coronário	A	D	P		
84.00.009-0	Aplicação tópica de flúor	A	D	P		
84.00.016-3	Controle de biofilme	A	D	P		
84.00.017-1	Controle de carie incipiente	A	D	P		
84.00.013-9	Atividade educativa em saúde bucal	A	D	P	Aleatória	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 fôssulas e fissuras	A	D	P	Aleatória	
85.10.023-4	Tratamento de fluorese e microabrasão	A	D	P	AI	RJ-F
85.30.005-5	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	A	D	P	Aleatória	RJ

*Nas especialidades de Implantodontia, Periodontia, Cirurgia e Estomatologia, o "Acompanhamento de Tratamento/Procedimento Cirúrgico" (periódico preventivo) terá prazo intervalar de repetição de 120 dias e poderá ser solicitado nos casos clínicos que necessitem de acompanhamento intensivo por parte do profissional, devendo anexar o relatório justificativo (RJ).

*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).

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

*As radiografias devem estar obrigatoriamente atualizadas, respeitando o prazo intervalar de repetição.

*Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de Radiografia/Imagens, o prestador deve obrigatoriamente identificar o procedimento e justificar o pedido do exame.

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	
85.10.013-7	Restauração em ionômero 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	

*Não serão autorizadas substituições de amálgama por razões exclusivamente estéticas.

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

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

*As radiografias devem estar obrigatoriamente atualizadas, respeitando o prazo intervalar de repetição.

*Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de Radiografia/Imagens, o prestador deve obrigatoriamente identificar o procedimento e justificar o pedido do exame.

ESTOMATOLOGIA						
81.00.018-9	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	A		P		RJ
82.00.002-6	Acompanhamento de Tratamento/Procedimento cirúrgico	A	D	P	AI 120 dias após cirurgia	RJ
81.00.200-0	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	A		P		FT
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		

*A consulta inicial em estomatologia consiste na realização de anamnese bem apurada, exame físico extra e intra oral, incluindo detecção de sinais vitais e solicitação de exames complementares, quando necessário. Nesta consulta será estabelecido um diagnóstico clínico provável e os possíveis diagnósticos diferenciais.
*As fotografias solicitadas devem obrigatoriamente ser feitas em consultório e não em serviço especializado.

ENDODONTIA						
85.20.004-2	Pulpotomia	A	D	P	AI / AF	RJ Rx-F
85.20.003-4	Pulpectomia	A	D	P	AI	Item 8.2
85.20.001-8	Clareamento de dente desvitalizado	A		P	AI	Rx-I / FT
85.20.007-7	Remoção de núcleo 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 endodôntico multirradicular	A	D	P	AI / AF	Rx-I Rx-F
85.20.011-5	Retratamento endodôntico unirradicular	A	D	P	AI / AF	Rx-I Rx-F
85.20.009-3	Retratamento endodôntico birradicular	A	D	P	AI / AF	Rx-I Rx-F Rx-I
85.20.010-7	Retratamento endodôntico multirradicular	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 retrógrada	A		P	AI / AF	Rx-I Rx-F
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 núcleo intrarradicular	A	D	P	Aleatória	Rx-F
85.20.013-1	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta (apicificação)	A	D	P	AI / AF	RJ/Rx-I / Rx-F

*OS RETRATAMENTOS SÓ PODERÃO SER SOLICITADOS APÓS 730 DIAS APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ENDODONTICO.
OBS: Para AF dos tratamentos, além do Rx final, deve ser anexado também o Rx com o conduto esvaziado ou Rx da prova do cone.
 *Para os casos de pulpectomia deverá ser cobrada a consulta de urgência (8100004-9/8100005-7) e somente poderá ser solicitado quando da não-continuidade do tratamento endodôntico com o mesmo profissional executante (mesmo CNPJ).
 *Para agilizar o processo da auditoria os arquivos com documentos e imagens quando anexados, devem estar identificados (ex: Radiografia periapical final dente 15, fotografia inicial, etc...)
 *As radiografias devem estar obrigatoriamente atualizadas, respeitando o prazo intervalar de repetição.
 *Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de Radiografia/Imagens, o prestador deve obrigatoriamente identificar o procedimento e justificar o pedido do exame.

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	Rx/ PERIOGRAMA
82.00.094-8	Gengivoplastia	A	D	P	AI	RJ / FT
82.00.092-1	Gengivectomia	A	D	P	AI	RJ/FT
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/Rx
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-secção	A	D	P	AI / AF	Rx-I Rx-F
82.00.041-7	Cirurgia periodontal a retalho	A	D	P	AI	Rx-I / RJ/ FT
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	RJ
85.40.024-6	Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)	A		P	AI/AF	RJ/FT-I FT - F

*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) carência intercalar mínima de 01 (uma) ocorrência no período de 180 (cento e oitenta) dias por segmento e não poderão ser solicitados simultaneamente.

OBS- A solicitação de raspagem sub gengival após a solicitação de raspagem supra gengival é indevida.

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

*As radiografias devem estar obrigatoriamente atualizadas, respeitando o prazo intercalar de repetição.

*Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de Radiografia/Imagens, o prestador deve obrigatoriamente identificar o procedimento e **justificar o pedido do exame**.

*Nas especialidades de Implantodontia, Periodontia, Cirurgia e Estomatologia, o "Acompanhamento de Tratamento/Procedimento Cirúrgico" (periódico preventivo) terá prazo intercalar de repetição de 120 dias e poderá ser solicitado nos casos clínicos que necessitem de acompanhamento **intensivo** por parte do profissional, devendo anexar o relatório justificativo (RJ).

*As fotografias solicitadas devem obrigatoriamente ser feitas em consultório e não em serviço especializado.

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 radiodentico)	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	AI	RJ
81.00.053-7	TRAÇADO CEFALOMÉTRICO (computadorizado)	A		P	AI	RJ
81.00.047-2	Telerradiografia	A		P	AI	RJ
81.00.032-4	Radiografia antero-posterior	A		P	Aleatória	
81.00.036-7	Radiografia da mão e punho - carpal	A		P	Aleatória	
81.00.030-8	Modelos ortodónticos	A		P	AI	RJ
81.00.027-8	Fotografia	A		P	AI	RJ
81.00.051-0	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam	A			AI	RJ

*As radiografias exigidas nas AI e AF devem ser solicitadas na mesma senha dos procedimentos.

*As radiografias solicitadas com a finalidade de comprovação da AF, estando fora do prazo intercalar de repetição, deverão ser solicitadas com o nome do beneficiário, número do dente ou região e data que o procedimento foi realizado.

*Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de Radiografia/Imagens, o prestador deve obrigatoriamente identificar o procedimento e **justificar o pedido do exame**.

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	Coroa total acrílica prensada	A	D	P	Aleatória	Rx-I FT/F
85.40.021-1	Núcleo de preenchimento	A	D	P	AI	Rx-I
85.40.022-0	Núcleo metálico 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 acrílica	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 metálica fundida	A	D	P	Aleatória	Item 8.5
85.40.044-0	Provisório para Inlay/Onlay	A			Aleatória	Item 8.5
85.40.007-6	Coroa provisória com pino	A	D	P	AI	Item 8.5
8540008 - 4	Coroa provisória sem pino	A	D	P	AI	Item 8.5
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 prótese total ou parcial imediato (em laboratório)	A	D	P	Aleatória	
85.40.002-5	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	A	D	P	AI	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 cerâmica pura	A		P	AI / AF	Rx-I Rx-F /FT
85.40.036-0	Prótese parcial fixa provisória	A		P	AI	Item 8.5
85.40.047-5	Reembasamento de coroa provisória	A	D	P		
85.40.034-3	Prótese parcial fixa em metalo-plástica	A		P	AI / AF	Rx-I Rx-F / FT
85.40.033-5	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	A		P	AI / AF	Rx-I Rx-F/FT
85.40.051-3	Restauração em cerâmica pura inlay	A		P	AI / AF	Rx-I Rx-F/FT
85.40.052-1	Restauração em cerâmica pura onlay	A		P	AI / AF	Rx-I
85.40.030-0	Prótese fixa adesiva indireta em metalocerâmica	A			AI / AF	Rx-I Rx-F/FT
85.40.031-9	Prótese fixa adesiva indireta em metalo-plastica	A			AI / AF	Rx-I Rx-F/FT
85.40.039-4	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	A	D	P	AF	FT/F
85.40.038-6	Prótese parcial removível com grampo bilateral	A	D	P	AI / AF	Rx-I dentes pilares / FT-Final oclusal
85.40.041-6	Prótese total imediata	A	D	P	AF	FT/F
85.40.040-8	Prótese total	A	D	P	AI / AF	FT FINAL
85.40.024-6	Ortose miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)	A		P	AI / AF	RJ /FT/ FT/F

*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 contato prematuro, em próteses extensas e doença periodontal avançada e devem conter o (RJ) no campo observação.

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

*As radiografias devem estar obrigatoriamente atualizadas, respeitando o prazo intercalar de repetição.

*Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de Radiografia/Imagens, o prestador deve obrigatoriamente identificar o procedimento e justificar o pedido do exame.

*Remoção e cimentação de provisório fazem parte da execução do procedimento de prótese, por isso **não devem ser solicitados**.

*As fotografias solicitadas devem obrigatoriamente ser feitas em consultório e não em serviço especializado.

*A solicitação de coroa provisória deve seguir a coroa definitiva, por exemplo: coroa inlay, coroa provisória para inlay; prótese parcial fixa, coroa provisória para prótese parcial fixa.

CIRURGIA ODONTOLÓGICA						
82.00.171-5	Ulotomia	A	D	P	AI	RX-I/RJ
82.00.170-7	Ulectomia	A	D	P	AI	RX-I/RJ
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	FT
82.00.089-1	Frenulectomia lingual	A	D	P	AI	FT
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
82.00.078-6	Exerese ou excisão de cistos odontológicos	A	D	P	AI/ AF	Rx-I Rx-F
82.00.074-3	Exerese de lipoma na região buco-maxilo-facial	A	D	P	AI	FT /I
82.00.036-0	Cirurgia para torus mandibular bilateral	A	D	P	AI	FT
82.00.038-7	Cirurgia para torus mandibular unilateral	A	D	P	AI	FT
82.00.039-5	Cirurgia para torus palatino	A	D	P	AI	Rx /I
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 cálculo salivar	A	D	P	AI	Rx /I
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 excisão de mucocele	A	D	P	AI	FT/I
82.00.080-8	Exérese ou excisão de rânula	A	D	P	AI	Rx /I
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	FT/I
82.00.158-8	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	A	D	P	AI	Rx /I
82.00.161-8	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	A	D	P	AI	FT/I
82.00.163-4	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	A	D	P	AI	FT/I
82.00.117-0	Redução cruenta de fratura alveolo dentaria	A	D	P	AI	Rx/I
82.00.118-9	Redução incruenta de fratura, fratura alveolo dent	A	D	P	AI	Rx/I
82.00.119-7	Redução simples de luxação da atm	A	D	P	AF	Rx-F
82.00.087-5	Exodontia simples de permanente	A	D	P	AI/AF	Rx-I Rx-F
82.00.081-6	Exodontia a retalho	A	D	P	AI / AF	Rx-F Rx-I
82.00.085-9	Exodontia de raiz residual	A	D	P	AI/AF	Rx-I
82.00.128-6	Remoção de dentes inclusos /impactados	A	D	P	AI/AF	Rx-I Rx-F
82.00.129-4	Remocao de dentes semi-inclusos/impactados	A	D	P	AI/AF	Rx-I Rx-F
82.00.003-4	Alveoplastia	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
82.00.060-3	Enxerto com osso autógeno do mento	A		P	AI / AF	Rx-I Rx-F
82.00.029-8	Bridectomia	A	D	P	AI	FT
82.00.019-0	Aprofundamento/aumento de vestibulo	A	D	P	AI	FT
82.00.115-4	Reconstrução de sulco gengivo-labial	A	D	P	AI	FT
82.00.150-2	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	A		P	AI/AF	Rx-I RX-F
82.00.083-2	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	A	D	P	AI/AF	RJ / Rx-I / Rx-F
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

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

*As radiografias devem estar obrigatoriamente atualizadas, respeitando o prazo intervalar de repetição.

ODONTOPEDIATRIA

83.00.012-7	Pulpectomia em dente decíduo	A	D	P	Aleatória	
83.00.008-9	Exodontia simples de decíduo	A	D	P	Aleatória	
84.00.011-2	Aplicação tópica de verniz fluoretado	A	D	P	Aleatória	
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		
83.00.002-0	Coroa de acetato em dente decíduo	A	D	P	Aleatória	
83.00.004-6	Coroa de aço em dente decíduo	A	D	P	Aleatória	
83.00.015-1	Tratamento endodôntico de decíduo	A	D	P	Aleatória	
81.00.001-4	Condicionamento em odontologia	A	D	P	Aleatória	
86.00.014-4	Arco lingual	A		P	AI / AF	RJ / FT-/ FT-F
83.00.010-0	Mantenedor de espaço remov.	A		P	AI/AF	RJ / FT-/ FT-F
83.00.009-7	Mantenedor espaço fixo	A		P	AI / AF	RJ/FT-/ FT-F
84.00.003-1	Aplicação de cariotático	A	D	P	Aleatória	RJ
83.00.013-5	Restauração atraumática em dente decíduo	A	D	P	Aleatória	

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

*As radiografias devem estar obrigatoriamente atualizadas, respeitando o prazo intervalar de repetição.

*Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de Radiografia/Imagens, o prestador deve obrigatoriamente identificar o procedimento e **justificar o pedido do exame**.

*As fotografias solicitadas devem obrigatoriamente ser feitas em consultório e não em serviço especializado, porque onera o beneficiário desnecessariamente.

ORTODONTIA E ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES

85.40.024-6	Ortese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora)	A		P	AI / AF	RJ / FT// FT/F
86.00.012-8	Aparelho removível (3 parcelas)	A		P	AI / AINT / AP / AF	Item 8.8.1
86.00.037-3	Manutenção ortodôntica aparelho removível	A		P	-	item 8.8.1
86.00.009-8	Aparelho ortodôntico fixo metálico (3 parcelas)	A		P	AI / AINT/ AP / AF	item 8.8.1
86.00.035-7	Manutenção ortodôntica aparelho fixo	A		P	-	item 8.8.1
86.00.043-8	Pistas diretas planas - superior e inferior (aparelho ortopédico)	A		P	AI / AINT / AF	item 8.8.1
86.00.036-5	Manutenção de aparelho ortodôntico aparelho ortopédico	A		P	-	
80.99.258-7	Aparelho removível (2 parcelas)	A		P	AI / AINT / AP / AF	item 8.8.1
80.99.259-5	Aparelho ortodôntico fixo metálico (2 parcelas)	A		P	AI / AINT / AP / AF	item 8.8.1

*Toda documentação que for anexada ao pedido de senha deve obrigatoriamente ser identificada no campo "DESCRIÇÃO DO DOCUMENTO", exemplo: Raio X, justificativa, fotografia, etc...

*Toda a documentação referente à autorização dos tratamentos Ortodônticos/Ortopédicos, deverá ser solicitada obrigatoriamente pelo Ortodontista/Ortopedista e ser anexada na solicitação de senha através de Autorizador WEB no site www.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, Traçados, fotografia inicial, etc.)

*As radiografias devem estar obrigatoriamente atualizadas, respeitando o prazo intervalar de repetição.

*Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de Radiografia/Imagens, o prestador deve obrigatoriamente identificar o procedimento e **justificar o pedido do exame**.

*Nos casos de desistência, desligamento da empresa 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.

Nenhum tipo de plano possui cobertura para aparelhos estéticos e técnica autoligado.

***PISTAS PLANAS**

Os exames necessários para a solicitação das Pistas Diretas Planas, dependem da faixa etária do beneficiário: * Até 12 anos: documentação e regras ortopedia funcional

* Depois de 12 anos: anexar justificativa e laudo dos exames

*Não haverá cobertura de documentação ortodôntica para beneficiários que não gozarem do benefício.

* Fotos feitas no consultório

*Para ser considerado como **2º tratamento**, a empresa deverá obrigatoriamente ser notificada através do envio dos documentos necessários para análise dos Auditores Internos (consultar check list ortodôntico no manual)

- O prestador solicitará uma senha de parcela,
- Irá anexar todos os documentos atualizados do beneficiário (ver check list),
- Irá preencher no campo observação o histórico referente a mudança de prestador, inclusive se tem a pretensão de dar continuidade à aparatologia instalada
- Anexar o Los com novo planejamento
- Aguardar a análise e a conclusão com os direcionamentos do auditor para dar sequência ao tratamento. Em caso de 2º tratamento, favor anexar fotos (tiradas no consultório) do beneficiário sem a aparatologia.
- Caso não seja formalizado utilizando o protocolo acima, a empresa não se responsabilizará pelo pagamento de parcelas subsequentes.

IMPLANTODONTIA						
85.50.008-9	Manutenção de prótese sobre implante	A			Aleatória	180 dias
85.50.006-2	Guia cirúrgico para implante	A			AI	
82.00.098-0	Implante ósseo integrado	A			AI / AF	Rx-I /Item 8.9 A Rx-F
82.00.124-3	Regeneração tecidual guiada	A			AI / AF	
82.00.113-8	Reabertura – colocação de cicatrizador	A			AI	2 meses após
85.50.007-0	Intermediário protético (para implantes)	A			AI	
85.50.001-1	Coroa provisória sobre implante	A			Aleatória	Item 8.5
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
82.00.104-9	Levantamento seio maxilar com osso autógeno	A			AI / AF	Rx-I Rx-F
82.00.058-1	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	A			AI / AF	Rx-I Rx-F
82.00.060-3	Enxerto com osso autógeno do mento	A			AI / AF	Rx-I Rx-F
82.00.096-4	Implante ortodôntico	A			AI / AF	RJ/ Rx-F
85.50.018-6	Protocolo Branemark provisório para 4 implantes	A			AI / AF	Rx-I FT-F
85.50.019-4	Protocolo Branemark provisório para 5 implantes	A			AI / AF	Rx-I FT-F
85.50.010-0	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes	A			AI / AF	Rx-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 FT-F
85.50.016-0	Protocolo Branemark para 4 implantes	A			AI / AF	Rx-I FT-F

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

*As radiografias devem estar obrigatoriamente atualizadas, respeitando o prazo intercalar de repetição.

*Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de Radiografia/Imagens, o prestador deve obrigatoriamente identificar o procedimento e **justificar o pedido do exame**.

*Nas especialidades de Implantodontia, Periodontia, Cirurgia e Estomatologia, o "Acompanhamento de Tratamento/Procedimento Cirúrgico" (periódico preventivo) terá prazo intercalar de repetição de 120 dias e poderá ser solicitado nos casos clínicos que necessitem de acompanhamento **intensivo** por parte do profissional, devendo anexar o relatório justificativo (RJ)

*As fotografias solicitadas devem obrigatoriamente ser feitas em consultório e não em serviço especializado.

LEGENDA

COBERTURAS (PLANOS)	SIGLA	DOCUMENTAÇÃO (*)	SIGLA
AMS BENEFÍCIO ODONTOLÓGICO	A	Rx PERIAPICAL INICIAL	Rx-I
		Rx PERIAPICAL FINAL	Rx-F
DENTPASA	D	Rx PANORÂMICO	Rx-P
DENTPASA PLUS	P	Rx OCLUSAL	Rx-O
AUDITORIA INICIAL	AI	TOMOGRAMIA	TOM
AUDITORIA FINAL	AF	PERIOGRAMA	PER
AUDITORIA INSTALAÇÃO	AIN	RELATÓRIO JUSTIFICATIVO	RJ