



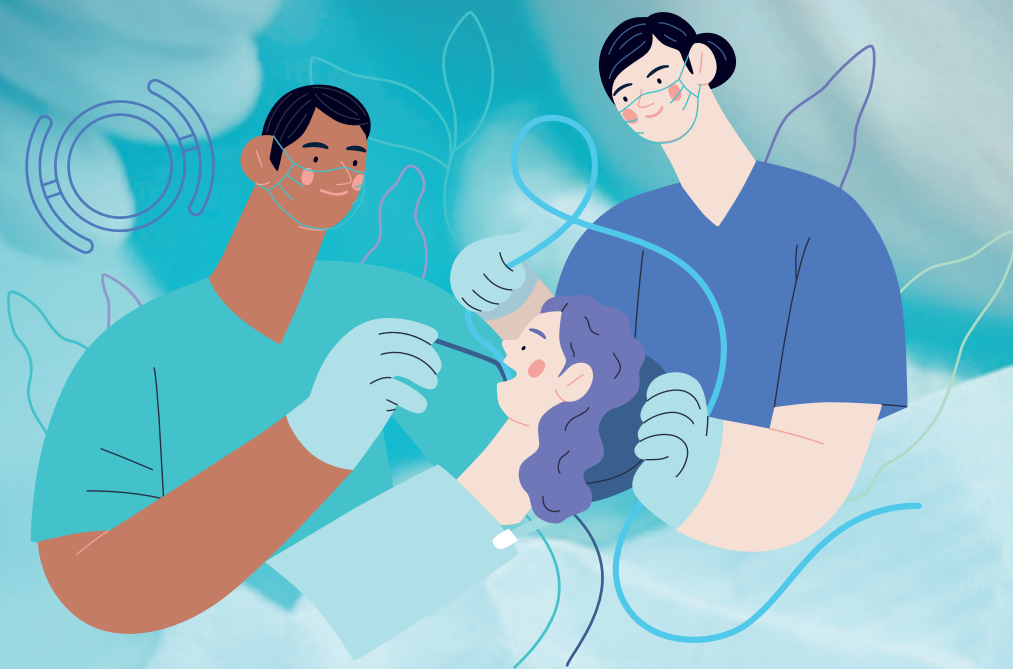
Manual Técnico
administrativo do

Credenciado Odontológico

Programa de assistência
Odontológico Vale/PASA

ANS - n.º 33198-8

ANS - n.º 34569-5



**Central de Relacionamento
com o Prestador**

4004-0183 (capitais e regiões metropolitanas)

0800 722 0183 (outras regiões)

✉ prestador2@planopasa.com.br

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 N°. 34569-5, DENTPASA e DENTPASA PLUS, instituídos pela própria PASA ANS N°. 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 N°. 34569-5 ou PASA ANS N°. 33198-8- Códigos dos planos odontológicos junto à AMS: DENTPASA N°. 465719115 ou DENTPASA PLUS N°. 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 N.34569-5 ou da PASA ANS n. 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 atualizada as informações cadastrais, para correta identificação dos prestadores, há necessidade que os credenciados comuniquem imediatamente qualquer alteração ocorrida: endereço, 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 cirurgia-odontista: em até 7 (sete) dias úteis;
- - Atendimento em regime de internação eletiva (bucco 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:

- **Restaurações ou próteses com objetivo exclusivamente estético;**
- **Clareamento dental extrínseco;**
- Trabalhos com metais preciosos ou semipreciosos (ouro cerâmico, paládio, ouro ou similares); - atendimentos domiciliares;
- Restaurações mistas;
- Transplantes dentários;
- Tratamento corretivo ortodônticos e ortopédicos;
- Implantes 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:

Números iniciais da matrícula	Empresas que possuem cobertura	Ortodontia	Implantodontia
96	Samarco	Cobertura sem restrição	De 18 anos até 70 anos
5Q	Agesa	Cobertura sem restrição	De 18 anos até 70 anos
6E/6Z	Renova	Cobertura sem restrição	De 18 anos até 70 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 on line 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.

No campo OBSERVAÇÃO da guia o prestador poderá enviar ao auditor alguma comunicação sobre o seu planejamento que por ventura achar pertinente, neste

mesmo campo o auditor também utiliza para anexar as análises sobre os procedimentos solicitados.

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 os seguintes procedimentos:

- Consulta odontológica inicial;
- Pacote de Prevenção.
- Pacote de Tratamento.

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 realizados 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 resume a consulta odontológica, consulta de urgência, aplicação de selante de fósulas e fissuras, exames radiográficos, restaurações de amalgama ou resina fotopolimerizável, entre outros, 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 INTERNA DE REGULAÇÃO, através de auditoria documental.

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

AUDITORIAS		DOCUMENTAÇÃO (*)	
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 INERENTES	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://www.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, Tomografia, relatório periodontal, fotografias iniciais e finais);

- 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

LEGENDAS:

COBERTURAS (PLANOS)	SIGLA	DOCUMENTAÇÃO (*)	SIGLA
AMS BENEFÍCIO ODONTOLÓGICO	A	Rx PERIAPICAL INICIAL	Rx-I
DENTPASA	D	Rx PERIAPICAL FINAL	Rx-F
DENTPASA PLUS	P	Rx PANORÂMICO INICIAL	RxP-I
AUDITORIAS	SIGLA	Rx PANORÂMICO FINAL	RxP-F
AUDITORIA INICIAL	AI	Rx OCLUSAL	Rx-O
AUDITORIA DE INSTALAÇÃO	AINT	FOTOGRAFIA	FT
AUDITORIA FINAL	AF		
AUDITORIA PRORROGAÇÃO	AP	TOMOGRÁFIAS	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	DENT PASA	DENT PASA 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
Pacote Preventivo	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
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	01 (uma) ocorrência por código no período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por usuário	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	01 (uma) ocorrência por código no período de 60 (sessenta) meses por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 60 (sessenta) meses por usuário	01 (uma) ocorrência por código no período de 60 (sessenta) meses 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 www.t.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 – pulpíte, alveolite;
- Abscesso;
- Fraturas;
- Feridas contusas;
- Hemorragias;
- Traumatismo dentário;
- Recolocação de prótese.
- Entre outros.

Observação: de acordo com a normativa da empresa a **pulpectomia** deverá ser cobrada com a consulta de urgência (8100004-9/8100005-7) e somente poderá ser solicitada quando da não-continuidade do tratamento endodôntico com o mesmo profissional executante (mesmo CNPJ).

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

O PASA privilegia a prevenção, por isso, foram selecionados os procedimentos preventivos e terapêuticos presentes no Rol ANS e agrupados em dois pacotes:

PACOTE DE PREVENÇÃO E PACOTE DE TRATAMENTO CONSERVADOR.

São representados por códigos distintos.

PROCEDIMENTOS	CÓDIGOS	PRAZO INTERVALAR	FAIXA ETÁRIA
PACOTE PREVENTIVO	98.00.356-9		
PROFILAXIA		1X180	1 - 199 anos
ATIVIDADE EDUCATIVA		1X180	1 - 199 anos
REMOÇÃO DE FATORES		1X180	1 - 199 anos
APLICAÇÃO DE FLÚOR		1X180	1 - 199 anos
CONTROLE DO BIOFILME		1X180	1 - 199 anos
PACOTE DE TRATAMENTO CONSERVADOR	98.00.357-7		
REMINERALIZAÇÃO		1 x 360	6 – 199 anos
DESSENSIBILIZAÇÃO		1 x 360	6 – 199 anos
TRATAMENTO DE FLUROSE MICROABRASÃO		1 x 360	6 – 199 anos
TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA		1 x 360	6 – 199 anos
TESTE DE PH SALIVAR		1 x 360	6 – 199 anos
CAPACIDADE TAMPÃO		1 x 360	6 – 199 anos

OBSERVAÇÃO:

No pacote de tratamento acima mencionado está contemplado o tratamento completo da dessensibilização que será realizada em três sessões, assim como a remineralização em duas sessões, consecutivas.

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 a partir de 6 (seis) anos de idade (em caso de dentição decídua) a 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).

A raspagem supra gengival (inclusive ultrassom) deve ser realizada por sextante S1, S2, S3, S4, S5, S6, em intervalos semestrais.

A aplicação de cariostático deverá ser efetuada por elemento dentário, com intervalo anual.

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 importante que se relacionem: o elemento dentário e a(s) face (s) que será(ão) restaurada(s).

Não serão autorizadas substituições de amálgama por razões exclusivamente estéticas. As restaurações realizadas, independentemente do tipo de material utilizado, terão carência intervalar de 730 (setecentos e trinta) dias, salvo em casos especiais previamente justificados, analisados e endossados pela VALE/PASA.

O Tratamento expectante (8520008-5) é liberado:

*na presença de cárie profunda, com ou sem comprometimento pulpar, em casos de preservação.

*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.

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 - RESTAURACAO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE

FACES: L, O, P, V

DENTES: TODOS

85100196 -RESTAURACAO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES

FACES: D, M, O

DENTES POSTERIORES (PRE MOLARES E MOLARES)

85100218 -RESTAURACAO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES

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

DENTES: ANTERIORES (CANINOS E INCISIVOS)

85100226 -RESTAURACAO 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.

“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 730 DIAS APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO.

OBS: na AUDITORIA FINAL 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, assim como a restauração atraumática para o vedamento final da cavidade.

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; (S2, S5)
- de primeiros pré-molares até terceiros molares. (S1, S3, S4, S6)

O procedimento como Raspagem supra gengival tem carência intervalar mínima de 01 (uma) ocorrência no período de 180 (cento e oitenta) dias e Raspagem sub gengival/Alisamento radicular, autorizados para o especialista em Periodontia, terão carência intervalar mínima de 01 (uma) ocorrência no período de 180 (cento e oitenta) dias por segmento e não poderão ser solicitados simultaneamente.

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.

O procedimento “Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental” (placa bacteriana) tem o objetivo de eliminar os fatores que dificultam a higienização: excesso de restaurações e próteses mal adaptadas.

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 E IMAGINOLOGIA

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 : radiografias exigidas nas Auditorias Iniciais e Auditorias Finais devem ser solicitadas na mesma senha dos procedimentos.

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, COM JUSTIFICATIVA, APENAS PARA AS EMPRESAS QUE POSSUEM COBERTURA PARA A ESPECIALIDADE DE IMPLANTODONTIA. (item3.EXCLUSÕES DE COBERTURAS)

Anexar preferencialmente radiografia periapical para análise das solicitações de procedimentos endodônticos, periodontais e protéticos.

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 (realizada no próprio consultório).

OBSERVAÇÃO NA AUDITORIA FINAL DOS PROCEDIMENTOS PROTÉTICOS:

SERÁ OBRIGATÓRIO ANEXAR TAMBÉM A FOTOGRAFIA DA PRÓTESE ADAPTADA MODELO DE GESSO.

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

O procedimento "Ajuste Oclusal" só poderá ser solicitado para beneficiários 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 solicitação de pino de fibra deve ser feita utilizando os códigos de núcleo de preenchimento (85.40.021-1) + pino pré-fabricado (85400262).

As coroas protéticas, quando associadas à necessidade de colocação de núcleo, só serão liberadas depois da análise do núcleo.

O prestador deve estar ciente do prazo intercalar de repetição do trabalho protético a ser removido antes desta solicitação.

Os códigos de Remoção de trabalhos protéticos (85.40.050-5) e Recimentação de trabalhos protéticos (85.40.046-7) não devem ser utilizados associados à trabalhos provisórios.

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

A “Órtese 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. A Órtese não pode ser solicitada como Pistas Diretas Planas.

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 provisória- RX periapical dos dentes remanescentes (pilares) e justificativa, o planejamento do trabalho definitivo. Só são autorizadas quando existe um comprometimento estético (bateria labial)
- PPR AUDITORIA INICIAL – RX periapical dos dentes remanescentes (pilares);
- PPR AUDITORIA FINAL – Fotografia final (intra-oral oclusal);
- PT 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.

A solicitação de exodontia dos dentes extranumerários deve ser feita considerando-se o quadrante que o dente se encontra seguido do numeral **9** (ex: 19, 29, 39 ou 49), utilizando o código: 8200129-4 (remoção de dentes semi-inclusos /impactados).

Todos os serviços em regime de internação hospitalar (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 Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar número 465 de 24 DE FEVEREIRO DE 2021 prevê a cobertura do plano hospitalar ou de referência para internação visando tratamento odontológico em duas modalidades.

O artigo Artigo 19, inciso VIII, prevê a cobertura no caso de patologias bucomaxilofaciais, incluindo a cobertura dos honorários e OPME para os procedimentos listados no ANEXO I da referida resolução previstas para internação hospitalar, conforme se lê:

-VIII - procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados nos Anexos desta Resolução Normativa, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no art.6º, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

Já o inciso IX, trata dos casos dos procedimentos odontológicos listados ou não no Anexo I, mas para atendimento ambulatorial, que por algum "imperativo clínico" necessitem de ambiente hospitalar:

- IX - estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, com equipe de saúde necessária à complexidade do caso, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar; e

Devendo ser primeiramente esclarecido o que significa o termo "IMPERATIVO CLÍNICO", que de acordo com o Parágrafo 1o, Inciso 1 é:

§1º Para fins do disposto no inciso IX, o imperativo clínico deverá observar as seguintes regras:

I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e

Importante ressaltar que nesses casos, os honorários e materiais odontológicos não apresentam cobertura obrigatória pelo plano de referência hospitalar. O que deve ocorrer, também nos casos de pacientes internados por outras patologias e que precisam de cuidados odontológicos à beira do leito, seja em unidade aberta ou fechada ou em centro cirúrgico. Essa regra encontra-se especificada no Inciso II deste referido parágrafo:

II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano-referência.

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 de OPME com indicação mínima de três fabricantes

CBMF PARA DTM:

- 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;
- Disjuntor Palatino (Hyrax)

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

8.8 ORTODONTIA

8.8.1 ORTOPEDIA FACIAL DOS MAXILARES

NA NOVA NORMATIVA DA ORTOPEDIA FACIAL FOI SUBSTITUÍDO O CÓDIGO 8099258-7 PARA CÓDIGOS INDIVIDUALIZADOS DE ACORDO COM O PLANEJAMENTO DA APARATOLOGIA SELECIONADA.

8.8.2 ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES

Especialidades	Ortodontia / Odontopediatria	Ortodontia / Ortopedia Funcional	Ortopedia Corretiva e Facial
Exemplos de aparelhos ortodônticos	Mantenedor de Espaço; Fixo e Removível e arco lingual. Disjuntor Palatino (Hyrax)	Deve ser solicitado 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	Deve ser solicitado de acordo com o planejamento de forma individual. Será autorizada somente uma parcela. Ex: Placa de Hawley, Barra Transpalatina
Considerações	Tem por objetivo fazer intervenções precoces visando prevenir problemas de má- oclusão.	Tem por objetivo reformular o crescimento esquelético e prevenir má oclusão futura.	Intervenção sobre má-occlusão instalada. Manutenção mensal.
Auditoria	AI/AF	AI/AF	AI/AF

Parâmetros	ORTODONTIA PREVENTIVA	ORTOPEDIA	ORTODONTIA FIXA
Idade limítrofe	Até 12 (doze) anos.	Até 12 (doze) anos.	Até 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 aparelhos de contenção. Já estão inclusos no código do aparelho principal solicitada.
------------------------	---	--	---

Limite de cobertura	01 (um) aparelho por vida.	01 (um) aparelho por vida.	01 (um) aparelho por vida.
Manutenções	Sem cobertura para DENT PASA PLUS	Prazo de manutenção: até 12 (doze) meses e até 06 (seis) prorrogações em casos específicos, submetidos à auditoria prévia, mediante apresentação de documentação e relatório fundamentado. OBS: sem cobertura para DENT PASA PLUS	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 documentação e relatório fundamentado. OBS: sem cobertura

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 wwwwt.connectmed.com.br

DOCUMENTAÇÃO A SER APRESENTADA PARA A AUDITORIA (CHECK-LIST INICIAL):

AUDITORIA INICIAL (AI): antes da realização do tratamento

- 05 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), 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

Pagamento dos Aparelhos Ortodônticos

***Ortopedia Funcional – Parcela única**

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

***Ortodontia 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).

***Ortopedia Facial- Parcela única**

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

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

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. (As manutenções serão autorizadas apenas para beneficiários de até 12 anos- ortopedia funcional)

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.

PISTAS PLANAS e APARELHO DE RONCO E APNEIA

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 pela VALE/PASA

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.

Ortopedia Facial dos Maxilares: é permitida aos beneficiários a cobertura de apenas 01 (um) Aparelho Ortodôntico Facial\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:

1. nenhum tipo de plano possui cobertura para aparelhos estéticos, técnica autoligado e alinhadores.

2. Implante Ortodôntico:

- Deve ser solicitado somente pelo ortodontista;
- Só serão liberados para os tratamentos autorizados pelo plano;
- Deve constar no LOS Inicial (laudo ortodôntico simplificado);
- Faixa etária, acima de 16 anos.

3. os tratamentos ortodônticos são independentes, a liberação de um tratamento não está necessariamente atrelada a liberação de outro, caso seja esse o objetivo, favor esclarece no LOS inicial.

Tratamento de continuidade e 2º 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 sequência 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, nos casos de segundo tratamento.

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).

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 Branemark 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.

8. O implante e seus componentes são autorizados uma vez por vida, exceto a coroa sobre implante.

Observações quanto à auditoria:

a. Auditoria poderá solicitar exames complementares quando entender necessário.

b. Auditoria Final da fase cirúrgica:

- Radiografias finais do caso.
- Se necessário, 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:

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 tratameNDODONTIAnto com implantes.

2: O intermediário só poderá ser cobrado 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 prótese instalada.

A manutenção de prótese sobre implantes requer autorização prévia, com prazo intervalar de 180 dias, somente para as empresas que possuem o benefício.

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 N°. 34569-5 e outro para a PASA ANS n°. 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 nota-scal@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, n° 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 último 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 (www.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.

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.

OBSERVAÇÃO:

"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. Os planejamentos exclusivamente estéticos estão fora das diretrizes da empresa.

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 anormalidades 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 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 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)

PREVENÇÃO						
98.00.356-9	PACOTE PREVENTIVO:	A	D	P		
	PROFILAXIA ATIVIDADE EDUCATIVA REMOÇÃO DE FATORES APLICAÇÃO DE FLÚOR CONTROLE DO BIOFILME Faixa etária 1- 199 anos					
98.00.357-7	PACOTE DE TRATAMENTO:	A	D	P		
	REMINERALIZAÇÃO DESSENSIBILIZAÇÃO TRATAMENTO DE FLUOROSE MICROABRASÃO TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA TESTE DE PH SALIVAR CAPACIDADE TAMPÃO Faixa etária 6 - 199 anos					
84.00.007-4	Aplicação de selante de fósulas e fissuras Faixa etária 3 até 13 anos	A	D	P	Aleatória	
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) e não pode ser solicitado para dentes que tenham restaurações, somente para dentes hígidos.						
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.

A finalização do tratamento endodôntico deve obrigatoriamente ser com restauração atraumática e não com ionômero de vidro

ESTOMATOLOGIA

81.00.018-9	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	A		P	AI	RJ
82.00.002-6	Acompanhamento de Tratamento/Procedimento cirúrgico	A		P	AI	RJ
81.00.200-0	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	A		P	AI	RJ- Ft I
81.00.013-8	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco maxilo facial	A		P	AI	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	AI	RJ
ENDODONTIA						
85.20.003-4	Pulpectomia	A	D	P	AI / AF	RJ / Rx-F
85.20.004-2	Pulpotomia	A	D	P	AI	Rx-F
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
85.20.010-7	Retratamento endodôntico multirradicular	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F
80.99.257-9	Retratamento endodôntico multirradicular com microscopia	A	D	P	AI / AF	Rx-I / Rx-F

85.20.012-3	Tratamento de perfuração endodôntica	A	D	P	AI / AF	Rx-I /
						Rx-F
82.00.017-4	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada	A		P	AI / AF	Rx-I /
						Rx-F
82.00.018-2	Apicetomia unirradicular sem obturação 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	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 ENDODÔNTICO.

OBS: Para AF dos retratamentos, além do Rx final, deve ser anexado também o Rx com o conduto esvaziado.

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).

A finalização do tratamento endodôntico deve obrigatoriamente ser com restauração atraumática e não com ionômero de vidro

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
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	AI	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
85.30.006-3	Tratamento de abscesso periodontal agudo	A	D	P	Aleatória	RJ
85.30.002-0	Imobilização dentária em dentes permanentes	A	D	P	Aleatória	
85.40.024-6	Órtese miorreaxante (placa oclusal estabilizadora)	A		P	Aleatória	RJ- Ft AF- Ft

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.

RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA

81.00.042-1	Radiografia periapical	A	D	P	Aleatória	
81.00.037-5	Radiografia interproximal – bite wing	A	D	P	Aleatória	
81.00.038-3	Radiografia oclusal	A	D	P	Aleatória	
81.00.029-4	Levantamento radiográfico (exame radiodontico)	A	D	P	Aleatória	
81.00.040-5	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila(ortopantomografia)	A	D	P	Aleatória	

81.00.034-0	Radiografia da ATM	A		P	Aleatória	
81.00.048-0	Telerradiografia com traçado cefalométrico (manual)	A		P	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 ortodônticos	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 intervalar 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 radiografias/imagens, o prestador deve obrigatoriamente identificar o procedimento e **justificar o pedido do exame**

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, COM JUSTIFICATIVA, APENAS PARA AS EMPRESAS QUE POSSUEM COBERTURA PARA IMPLANTES.

Anexar preferencialmente radiografia periapical para análise das solicitações de procedimentos endodônticos, periodontais e protéticos.

PRÓTESE

85.40.055-6	Restauração metálica fundida	A	D	P	AI/AF	Rx-I /
						RX-F /FT Foto com trabalho no modelo de gesso

85.40.014-9	Coroa total metálica	A	D	P	AI/AF	Rx-I /
						Rx-F/FT Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.009-2	Coroa total acrílica prensada	A	D	P	AI	Rx-I AF/FT Foto com trabalho no modelo de gesso
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 Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.017-3	Coroa total metalo plástica – resina acrílica	A	D	P	AI/AF	Rx-I /
						Rx-F/FT Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.016-5	Coroa total metalo plástica - ceromero	A	D	P	AI/AF	Rx-I /
						Rx-F /FT Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.023-8	Onlay resina indireta	A			AI / AF	Rx-I /
						Rx-F /FT Foto com trabalho no modelo de gesso

85.40.026-2	Pino pré-fabricado	A	D	P	AI	Rx-I /
85.40.045-9	Provisório para rest metálica fundida	A	D	P	Aleatória	
85.40.044-0	Provisório para Inlay/Onlay	A		P	Aleatória	
85.40.007-6	Coroa provisória com pino	A	D	P	AI	
8540008 - 4	Coroa provisória sem pino	A	D	P	AI	
85.40.006-8	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	A	D	P	Aleatória	Anexar foto que evidencie a indicação
85.40.004-1	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	A	D	P	Aleatória	Anexar foto que evidencie a indicação
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	Aleatória	RJ
85.40.046-7	Recimentação de trabalhos protéticos	A	D	P		
85.40.050-5	Remoção de trabalho protético	A	D	P		
85.40.010-6	Coroa total em cerâmica	A		P	AI / AF	Rx-I /
						Rx-F / \FT Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.018-1	Faceta em cerâmica pura	A		P	AI / AF	Rx-I /
						Rx-F / FT Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.036-0	Prótese parcial fixa provisória	A		P	AI	Rx-I
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 Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.033-5	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	A		P	AI / AF	Rx-I /
						Rx-F/FT Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.051-3	Restauração em cerâmica pura Inlay	A		P	AI / AF	Rx-I /
						Rx-F\FT Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.052-1	Restauração em cerâmica pura Onlay	A		P	AI / AF	Rx-I /
						Rx-F/FT Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.030-0	Prótese fixa adesiva indireta em metaloceramica	A			AI / AF	Rx-I /
						Rx-F/FT Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.031-9	Prótese fixa adesiva indireta em metalo-plástica	A			AI / AF	Rx-I /
						Rx-F/FT

						Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.039-4	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	A	D	P	AI/AF	RJ/FT-F Foto com trabalho no modelo de gesso
85.400.24-6	ÓRTESE MIORELAXANTE	A		P	AI/AF	RJ/FT AF/FT
85.40.038-6	Prótese parcial removível com grampo bilateral	A	D	P	AF / AF	Rx-I dentes pilares / FT-Final oclusal Foto com trabalho no modelo de gesso
85.40.041-6	Prótese total imediata	A	D	P	AF	AF/FT
85.40.040-8	Prótese total	A	D	P	AF	FT Foto com trabalho no modelo de gesso

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

*Auditoria inicial- RX inicial.

*Auditoria final- RX , fotografia final e foto com trabalho no modelo de gesso.

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 anexados, devem estar identificados (ex. radiografia periapical final dente 15)

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

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

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

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.

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	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	A	D	P	AI/ AF	Rx-I / Rx-F
82.00.074-3	Exérese 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-I
82.00.038-7	Cirurgia para torus mandibular unilateral	A	D	P	AI	FT-I
82.00.039-5	Cirurgia para torus palatino	A	D	P	AI	FT-I
82.00.133-2	Remoção de implante dentário no seio maxilar	A			AI/ AF	Rx-I / Rx-F

82.000.77-8	Exérese ou excisão de cálculo salivar	A	D	P	AI	Rx-I
82.00.077-8	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	A	D	P	AI/ AF	Rx-I / Rx-F
82.00.151-0	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	A	D	P	AI	Rx-I
82.00.152-9	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	A	D	P	AI	Rx-I
82.00.079-4	Exérese ou excisão de mucocele	A	D	P	AI	FT
82.00.080-8	Exérese ou excisão de rânula	A	D	P	AI	FT
82.00.136-7	Remoção 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
82.00.117-0	Redução cruenta de fratura alveolo dentaria	A	D	P	AI	Rx
82.00.118-9	Redução incruenta de fratura alveolo dentária	A	D	P	AI	Rx
82.00.119-7	Redução simples de luxação da ATM	A	D	P	AF	RX
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-I /
82.00.085-9	Exodontia de raiz residual	A	D	P	AIAF	Rx-I /
						Rx-F
82.00.128-6	Remoção de dentes inclusos/impactados	A	D	P	AI/AF	Rx-I /
						Rx-F
82.00.129-4	Remoção de dentes semi-inclusos/impactados	A	D	P	AI/AF	Rx-I /
						Rx-F
82.00.003-4	Alveoloplastia	A	D	P	AI	RJ
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 vestíbulo	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

A solicitação de exodontia dos dentes extranumerários deve ser feita considerando-se o quadrante que o dente se encontra seguido do numeral 9 (ex: 19, 29, 39 ou 49), utilizando o código: 8200129-4 (remoção de dentes semi-inclusos /impactados).

Para agilizar o processo da auditoria, os arquivos com documentos e imagens anexados, devem estar identificados (ex. radiografia periapical final dente 15)

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

ODONTOPEDIATRIA

83.00.012-7	Pulpectomia em dente decíduo Faixa etária 3 até 14 anos	A	D	P	Aleatória	
83.00.008-9	Exodontia simples de decíduo Faixa etária 3 até 14 anos	A	D	P	Aleatória	
84.00.011-2	Aplicação tópica de verniz fluoretado Faixa etária 3 até 13 anos	A	D	P	Aleatória	RJ
87.00.001-6	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais Faixa etária 1 até 14 anos	A	D	P		
82.00.070-0	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica Faixa etária 0 até 14 anos	A	D	P		
83.00.002-0	Coroa de acetato em dente decíduo Faixa etária 4 até 7 anos	A	D	P	Aleatória	

83.00.004-6	Coroa de aço em dente decíduo Faixa etária 4 até 7 anos	A	D	P	Aleatória	
83.00.015-1	Tratamento endodôntico de decíduo Faixa etária 3 até 14 anos	A	D	P	Aleatória	
81.00.001-4	Condicionamento em odontologia Faixa etária 0 até 14 anos	A	D	P	Aleatória	
86.00.014-4	Arco lingual Faixa etária 3 até 14 anos	A		P	AI / AF	RJ / FT-I
						FT-F
83.00.010-0	Mantenedor de espaço removível Faixa etária 3 até 14 anos	A		P	AI / AF	RJ/FTI
						FT-F
83.00.009-7	Mantenedor espaço fixo Faixa etária 3 até 14 anos	A		P	AI / AF	RJ / FT-I/
						FT-F
85.40.024-6	Órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora) Faixa etária 8 até 199 anos	A		P	AI / AF	RJ / FT
						FT-F
84.00.003-1	Aplicação de carióstático Faixa etária 0 até 13 anos	A	D	P	Aleatória	
83.00.013-5	Restauração atraumática em dente decíduo Faixa etária 0 até 14 anos	A	D	P	Aleatória	

Para agilizar o processo da auditoria, os arquivos com documentos e imagens anexados, devem estar identificados (ex. radiografia periapical final dente 15)

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

Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de radiografias/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.

ORTODONTIA E ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES						
86.00.037-3	Manutenção ortodôntica aparelho removível			P	-	item 8.8.1
86.00.035-7	Manutenção ortodôntica aparelho fixo			P	-	item 8.8.1
86.00.043-8	Pistas diretas planas - superior e inferior (aparelho ortopédico)			P	AI/AP /AINT /AF	item 8.8.2
80.99.259-5	Aparelho ortodôntico fixo metálico (2 parcelas)			P	AI /AINT /AP / AF	item 8.8.1
85078121	APARELHO PARA RONCO E APNEIA			P	AI /AINT / AP / AF	item 8.8.1
86000047	APARELHO DE THUROW			P	AI /AINT / AP / AF	item 8.8.1
86000055	APARELHO EXTRA-BUCAL			P	AI /AINT / AP / AF	item 8.8.1
86000152	BARRA TRANSPALATINA FIXA			P	AI /AINT / AP / AF	item 8.8.1
86000160	BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL			P	AI /AINT / AP / AF	item 8.8.1
86000225	DISJUNTOR PALATINO - HIRAX			P	AI /AINT / AP / AF	item 8.8.1
86000233	DISJUNTOR PALATINO - MACNAMARA			P	AI /AINT / AP / AF	item 8.8.1
86000314	GRADE PALATINA FIXA			P	AI /AINT /AF	item 8.8.1
86000332	GRADE PALATINA REMOVÍVEL			P	AI /AINT / AF	item 8.8.1
86000330	HERBST ENCAPSULADO			P	AI /AINT / AP / AF	item 8.8.1
86000381	MÁSCARA FACIAL – DELAIRE E TRAÇÃO REVERSA			P	AI /AINT /AP / AF	item 8.8.1
86000390	MENTONEIRA			P	AI /AINT /AP / AF	item 8.8.1
86000462	PLACA DE HAWLEY			P	AI /AINT /AP / AF	item 8.8.1
86000470	PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR			P	AI /AINT /AP / AF	item 8.8.1
86000535	PLACA LÁBIO-ATIVA			P	AI /AINT / AF	item 8.8.1

86000560	QUADRIHÉLICE			P	AI / AINT / AP / AF	item 8.8.1
----------	--------------	--	--	---	------------------------	------------

NA NOVA NORMATIVA DA ORTOPEDIA FACIAL FOI SUBSTITUÍDO O CÓDIGO 8099258-7 PARA CÓDIGOS INDIVIDUALIZADOS DE ACORDO COM O PLANEJAMENTO DA APARATOLOGIA SELECIONADA.

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...)

*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

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

Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de radiografias/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.

Para ser considerado como segundo tratamento, a empresa deverá obrigatoriamente ser notificada através do envio dos documentos necessários para análise dos auditores internos (consultar check list ortodôntico do manual). O prestador solicitará uma senha de parcela.

Deve anexar todos os documentos atualizados do beneficiário (ver check list). Deve preencher no campo observação o histórico referente a mudança de prestador, inclusive se tem pretensão de dar continuidade a aparatologia instalada. Deve anexar o LOS com o novo planejamento e aguardar a análise e a conclusão com os direcionamentos do auditor para dar sequência ao tratamento.

Em casos de segundo 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 das parcelas subsequentes.

IMPLANTODONTIA					
85.50.008-9	Manutenção de prótese sobre implante			Aleatória	180 dias
85.50.006-2	Guia cirúrgico para implante			AI	Rx-I
82.00.098-0	Implante ósseo integrado			AI / AF	Rx-I / item 8.9 A Rx-F
82.00.124-3	Regeneração tecidual guiada			AI / AF	Rx-I
82.00.113-8	Reabertura – colocação de cicatrizador			AI	2 meses após
85.50.007-0	Intermediário protético (para implantes)			AI	Rx-I
85.50.001-1	Coroa provisória sobre implante			Aleatória	Item 8.5
85.50.003-8	Coroa total metalo cerâmica sobre implante			AI / AF	Rx-I / RxF/FT
82.00.034-4	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos			AI / AF	Rx-I / Rx-F
82.00.104-9	Levantamento seio maxilar com osso autógeno			AI / AF	Rx-I / Rx-F
82.00.058-1	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua			AI / AF	Rx-I / Rx-F
82.00.060-3	Enxerto com osso autógeno do mento			AI / AF	Rx-I / Rx-F
82.00.096-4	Implante ortodôntico			AI / AF	RJ/ Rx- F
85.50.018-6	Protocolo Branemark provisório para 4 implantes			AI / AF	Rx-I / FT-F

85.50.019-4	Protocolo Branemark provisório para 5 implantes			AI / AF	Rx-I / FT-F
85.50.010-0	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes			AI / AF	Rx-I / FT-F
85.50.009-7	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes			AI / AF	Rx-I / FT-F
85.50.017-8	Protocolo Branemark para 5 implantes			AI / AF	Rx-I / Rx-FT
85.50.016-0	Protocolo Branemark para 4 implantes			AI / AF	Rx-I / Rx-FT

Para agilizar o processo da auditoria, os arquivos com documentos e imagens anexados, devem estar identificados (ex. radiografia periapical final dente 15)

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

Ao encaminhar o beneficiário para o serviço de radiografias/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 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)

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

LEGENDA:

COBERTURAS (PLANOS)	SIGLA
AMS BENEFÍCIO ODONTOLÓGICO	A
DENTPASA	D
DENTPASA PLUS	P

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

AUDITORIAS	
AUDITORIA INICIAL	AI
AUDITORIA FINAL	AF
AUDITORIA INSTALAÇÃO	AINT
AUDITORIA DE PRORROGAÇÃO	AP