

Manual do Credenciado

ANS-35.156-3

“O sol é para as flores
o que os sorrisos são para a humanidade.”
Joseph Addison.

Belo Dente

Odontoplano

AUDITORIA:

auditoria@belodente.com.br

(31) 3048-6117

LIBERAÇÃO DE SENHA DE ATENDIMENTO:

(31) 3048-6100

0800 701 3803 (Exceto Grande BH)

www.belodente.com.br

Manual do Credenciado

Belo Dente

Odontoplano

A Operadora Belo Dente Odontologia Ltda possui registro na Agência Nacional de Saúde (ANS) nº ANS-35.156-3. O Manual do Credenciado Belo Dente contém informações importantes para o prestador de serviços, indispensáveis para o sucesso de nossa parceria, com todas as normas e regras de atendimento dos nossos beneficiários. Este manual adota o conceito de odontologia baseada em comprovação científica; isso significa que a operadora somente aceitará o tratamento odontológico respaldado pela literatura científica consagrada, que comprove a indicação e eficácia dos procedimentos adotados.

O rol dos procedimentos cobertos por todas as operadoras de Plano de Saúde foi estabelecido pela Lei 9656/98, RN 154, 211 e 338 da ANS. Cobrar do beneficiário por procedimentos previstos em lei é ilegal. Caso isso ocorra, o prestador de serviço poderá ser descredenciado e deverá devolver os valores cobrados indevidamente, assim como incorrerá as mesmas consequências por cobrar particular os procedimentos previstos em contrato.

Os procedimentos NÃO cobertos por lei poderão ser contratados diretamente entre o beneficiário e a clínica odontológica e/ou cirurgião-dentista, desde que se registre no prontuário que o beneficiário tem conhecimento da cobertura da lei e por livre e espontânea vontade opta por realizar o procedimento particular (o acordo deverá ser assinado pelo paciente e pelo dentista).

Após atenta leitura deste Manual, em caso de dúvida, favor entrar em contato com a operadora.

TIPOS DE ATENDIMENTO:

Eletivo: é aquele realizado através do horário previamente agendado, por telefone ou pessoalmente.

Urgência: sem agendamento prévio, o paciente apresenta-se no consultório/clínica com quadro de dor ou algum tipo de injúria que não pode esperar por atendimento eletivo.

O procedimento eletivo não é autorizado junto com procedimento de urgência.

NORMAS ADMINISTRATIVAS DE ATENDIMENTO:

Verificar o cartão Belo Dente e o documento de identidade do paciente. O uso indevido ou empréstimo do cartão é crime! Antes de toda consulta odontológica, o credenciado deverá verificar o STATUS de elegibilidade do beneficiário junto à operadora, por telefone ou internet (www.belodente.com.br). O beneficiário cancelado não tem direito ao plano odontológico. Não nos responsabilizamos pelo atendimento de pacientes cancelados cujo STATUS não foi verificado previamente pelo prestador.

Verificar se o beneficiário está sob carência (período contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano odontológico, no qual o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas previstas em lei).

A documentação do beneficiário deverá ser devidamente identificada (com nome completo do paciente, data, etc) e deverá ser enviada em ordem alfabética para a auditoria.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO (GTO):

A GTO fornecida pela operadora é um documento padrão da Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), exigida pela ANS, e que não substitui o prontuário odontológico.

Todos os campos obrigatórios da GTO (Anexo 06) deverão ser preenchidos a caneta, e não poderão ser rasurados. É expressamente proibido solicitar ao paciente assinar guia em branco ou procedimento não realizado. O preenchimento correto da GTO compreende lançamento de um procedimento por linha, com seu respectivo código e o dente/região devidamente identificados. Para cada procedimento deverá, ainda, constar a data de sua realização, assinatura do paciente, assinatura e carimbo do CRO do cirurgião-dentista.

É expressamente proibida a alteração e/ou preenchimento, pela operadora, de qualquer campo da GTO enviada pelo dentista.

A solicitação de exames radiográficos em serviços especializados de radiologia deverá ser realizada na GUIA SP/SADT, constar assinatura e carimbo do CRO do cirurgião-dentista, como determina a ANS.

PRAZO DE LONGEVIDADE:

É o período mínimo de durabilidade dos procedimentos clínicos executados. Caso ocorra insucesso no procedimento executado dentro do período de longevidade, esse deverá ser refeito pelo dentista executante, sem ônus para operadora ou paciente. Verificar prazos de longevidade na Tabela 01.

O PROCESSO DE AUDITORIA:

Auditoria é o conjunto de atividades e ações de fiscalização, controle e avaliação do atendimento prestado, que tem como objetivo a busca pela melhor adequação, qualidade e resultado do tratamento.

A auditoria administrativa confere a consistência das informações, ou seja, confere o envio e preenchimento da documentação referente ao atendimento.

A auditoria eletrônica confere se houve conformidade com as regras parametrizadas no sistema, como aquelas que se referem ao prazo de longevidade, idade do paciente, etc.

A auditoria técnica analisa o plano de tratamento e seu resultado com relação à conformidade técnica dos procedimentos realizados.

GLOSA E REVISÃO DE GLOSA:

Procedimentos executados que não apresentem conformidade técnica ou administrativa receberão glosa (Tabela 04). Fique atento às regras e normas de atendimento contidas neste Manual.

Se o dentista discordar da glosa, poderá solicitar nova apreciação da auditoria, desde que apresente justificativa cabível e comprovação documental (fotografias, radiografias, prontuários, termos, etc).

A revisão de glosa deverá ser enviada em formulário próprio (Anexo 10: disponível no site da Belo Dente), dentro do período estipulado em contrato e, se for aceita, será paga na data do próximo faturamento do credenciado. É permitida uma única revisão de glosa para o mesmo procedimento. O relatório com os motivos de glosa poderá ser solicitado à operadora, através de e-mail ou telefone. Dúvidas quanto aos motivos de glosa poderão ser solucionadas através da consultoria técnica disponibilizada pela Belo Dente.

RESPONSABILIDADE LEGAL DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO:

A Odontologia baseada em evidência é o uso consciente das evidências científicas na tomada de decisão no atendimento clínico. A Odontologia baseada em evidência significa que o dentista deve assegurar que a decisão clínica seja respaldada por estudos científicos, em que as práticas clínicas são testadas previamente e apresentam resultados que comprovam sua indicação e eficácia.

Segundo a resolução do CFO 118/2012, o prontuário odontológico é considerado um dever de todo cirurgião-dentista. Todo credenciado deve elaborar e manter atualizado o prontuário de seus pacientes. A GUIA DE TRATAMENTO NÃO SUBSTITUI O PRONTUÁRIO. Devem constar no prontuário todos os exames auxiliares – radiografias, assim como cópias de receitas expedidas, termos de consentimento e responsabilidade, orientações de pós-operatório, atestados, etc. O paciente deverá assinar a análise, plano de tratamento e procedimentos executados.

Atenção! Não deixe de registrar no prontuário as faltas e o abandono de tratamento (comunicar à operadora no prazo de 30 dias).

Além de instrumento de controle e organização do trabalho do dentista, o prontuário possui grande valor legal como prova documental em possíveis processos penais, civis e éticos. A responsabilidade civil do dentista, em caso de dano causado ao paciente, gera a obrigação de indenização monetária. Nesse caso, a operadora é corresponsável pelos danos causados pelo credenciado. Segundo a jurisprudência dos tribunais brasileiros, em processos contra dentistas, poderá ocorrer a inversão do ônus da prova, ou seja, caberá ao profissional provar que atuou dentro dos princípios da arte odontológica. Dessa forma, o dentista deverá apresentar o prontuário do paciente devidamente preenchido, junto com as radiografias referentes à intervenção.

Considerando a hipótese do prontuário ser inexistente, rasurado ou incompleto, sem radiografias, a operadora ficará isenta de qualquer responsabilidade perante a execução dos procedimentos e atos cometidos na prestação dos serviços, incluindo o ônus decorrente desses atos. Uma documentação adequada é importante na prática da odontologia defensiva, assim como um bom relacionamento com seus pacientes.

O prontuário deve ser realizado mesmo para uma simples consulta de exame clínico. Verifique a expectativa do paciente diante do tratamento proposto e forneça a ele todas as explicações sobre os procedimentos planejados, principalmente o prognóstico. Em caso de risco da perda dental, o paciente deverá ser informado. Toda decisão de tratamento deverá ser tomada em comum acordo entre profissional e paciente, e registrado em prontuário.

Importante salientar que a cópia do prontuário odontológico do paciente poderá ser solicitada pela operadora, a qualquer momento, para fins de esclarecimento sobre o tratamento proposto ou na revisão de glosa. Da mesma forma as radiografias que eventualmente estiverem de posse da operadora poderão ser solicitados pelo dentista credenciado após auditoria.

Verificamos que vários profissionais têm enviado a operadora o plano de tratamento para prótese em remanescentes dentários que não apresentam viabilidade para receber o tratamento proposto e com prognóstico endodôntico e/ou periodontal desfavorável. O paciente deverá ser informado da sua condição bucal, do diagnóstico e prognóstico (por escrito) antes do envio do plano de tratamento para a operadora.

Criar falsas expectativas no paciente com relação ao sucesso do tratamento é adiar problemas futuros. A tentativa de recuperar um elemento perdido pode gerar no paciente a ideia que sua condição bucal agravou após a intervenção odontológica realizada pelo dentista, sendo este responsável pelo “dano”.

REGRAS GERAIS DE ATENDIMENTO:

Atenção: para o credenciado iniciar o tratamento do beneficiário é fundamental conhecer as regras de atendimento. Qualquer dúvida ligue para a Belo Dente, estamos à disposição para esclarecimentos.

1. Realizar apenas tratamentos necessários com eficiência e qualidade para os quais estejam capacitados.
2. Esclarecer ao beneficiário todos os procedimentos realizados.
3. Em hipótese alguma cobrar remuneração por procedimentos cobertos pelo plano. Caso isso ocorra, o credenciado será descredenciado.
4. Procedimentos não cobertos (particular) pelo plano deverão ser cobrados diretamente do beneficiário. Esclarecer sempre ao beneficiário os riscos, os custos e as alternativas de tratamento.
5. Alterações no plano de tratamento deverão vir esclarecidas em relatório redigido pelo prestador e encaminhado à auditoria com a assinatura do beneficiário e/ou dentista.
6. Para os procedimentos que são necessários imagens finais essas devem ser realizadas imediatamente após a execução dos procedimentos. Não deixe para fazê-las no final do tratamento, pois em caso de término e/ou abandono de tratamento, não poderá ser autorizado o pagamento dos procedimentos sem radiografias finais. O pagamento será efetuado mediante o envio da documentação completa.
7. As GTOs deverão ser preenchidas corretamente a caneta. Não nos responsabilizamos pelo repasse dos valores financeiros das guias de atendimento que vierem com campos preenchidos de forma incompleta, ilegíveis, rasurados ou a lápis.
8. Na GTO, os campos 29, 30, 31, 32, 33, 39 e 40 deverão ser preenchidos a cada procedimento executado. Cada procedimento deverá ser lançado separadamente em cada linha da planilha. As GTOs deverão ser devidamente preenchidas a caneta, com a assinatura do beneficiário em todos os procedimentos realizados. Fica expressamente proibido o dentista lançar procedimento que não foi executado, assim como o beneficiário assinar procedimento que não foi executado ou assinar a GTO indevidamente preenchida.
9. Todos os campos na GTO inicial deverão ser preenchidos, exceto 35, 36 e 37. Não nos responsabilizamos pelo repasse dos valores financeiros dos planos de tratamentos que vierem sem descrição de todos os itens, de forma incompleta, ilegível ou rasurado.



ATENDIMENTO DE BENEFICIÁRIOS MENORES DE IDADE:

Beneficiários menores de 18 anos deverão estar acompanhados dos pais ou responsáveis, que assinarão a GTO/SADT, durante a consulta inicial, aprovando o plano de tratamento proposto pelo dentista.

IMAGENS SOLICITADAS PELA OPERADORA:

As radiografias solicitadas pela operadora são somente as radiografias necessárias para o tratamento proposto. Verificamos que alguns credenciados têm a prática de realizar a série radiográfica completa (14 periapicais), radiografias bite-wing e radiografia panorâmica na primeira consulta. Ressaltamos que tal prática é uma decisão do credenciado e não uma exigência da operadora. As imagens radiográficas são solicitadas apenas para alguns casos de intervenção odontológicas (consultar Tabela 01). As radiografias solicitadas pelos dentistas deverão ser enviadas para a operadora.

Para dentística, o credenciado poderá optar por enviar à operadora a imagem fotográfica ou radiográfica de diagnóstico. A imagem fotográfica deverá ser enviada quando não existir dúvida com relação ao diagnóstico e não existir risco de problemas ocultos para o paciente. Assim como as imagens radiográficas, as fotográficas também deverão apresentar critérios de qualidade que permitam a correta interpretação. Será avaliado a perfeita identificação de dente/região, nitidez, foco e contraste adequado. Não será aceita imagem parcial que impeça a visualização adequada do dente/região solicitado. É vedado qualquer tipo de edição de imagem.

As fotografias deverão ser impressas, coloridas, individualmente em folha A4, devidamente identificada com nome, dente/região, data, carimbo CRO e assinatura do profissional, laudo descrevendo e informando se a imagem foi realizada antes ou depois da execução do tratamento pelo credenciado. A imagem fotográfica deverá compor o prontuário clínico do paciente/beneficiário.



RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS:

O exame radiográfico é um instrumento indispensável para a odontologia atual. Diversos estudos científicos demonstram que não existe relação direta de causa e efeito entre o câncer e as radiografias dentais. Estudos que apresentam relação contrária foram realizados em populações que receberam alta dosagem de radiação (1).

Por vezes, a má informação e o desconhecimento podem gerar medo e conseqüentemente recusa do paciente de expor-se aos exames radiográficos. A população assistida pelos serviços de radiologia odontológica está segura desde que se cumpram as normas de proteção estabelecidas pela Portaria 453 da ANVISA/MS. Deve ficar claro que a ausência de exame radiográfico e consequentes alterações bucais não descobertas podem causar mais problemas à saúde geral do paciente que o exame radiográfico propriamente dito (2).

A radiação de fundo ambiental (radiação cósmica, do solo ou raios ultravioletas) a que estamos naturalmente expostos diariamente é maior que do uso esporádico dos exames radiográficos odontológicos. Para minimizar as radiações ionizantes na rotina odontológica devemos tomar certos cuidados: usar filmes ultrarrápidos; diminuir o tempo de exposição; evitar repetir radiografias, procurando usar técnicas adequadas, posicionadores de filme, inclusive revelação correta; usar avental e protetor de tireoide de chumbo (3). Ainda com relação à proteção profissional, é recomendado usar diafragmas ou cones para reduzir o feixe útil, nunca segurar o filme na boca do paciente, manter-se em posição segura de acordo com as normas da Portaria 453.

A Odontologia Defensiva Positiva deve ser adotada pelos dentistas diante do aumento de ações judiciais. “Ao atuar sob a ótica da Odontologia Defensiva Positiva, o profissional poderá lançar mão de variados exames complementares, como radiografias panorâmicas, tempo de coagulação, densitometria óssea, biópsias, tomografias computadorizadas, etc (4).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. ARDENGHI, T. M. et al. A estimativa do risco biológico das radiações ionizantes na medula óssea, glândula tireoide e glândulas salivares: considerações sobre pacientes infantis. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, v.1, n.32, p.339-343, set./out. 2003.

2. Portaria ANVISA-MS/1998

Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/453_98.html

3. CHILVARQUER, Israel. Radiologia. *Revista da APCD*, v. 54, n. 6, nov./dez. 2000.

4. ONESTI, Adriana; DE PAULA, Jorge. Odontologia Defensiva. In: SILVA, Moacyr et al. *Deontologia odontológica: ética e legislação*. São Paulo, Santos, 2011, p. 517-528.

DIRETRIZES CLÍNICAS DE ATENDIMENTO:

O credenciado deverá seguir diretrizes de atendimento deste manual. Em caso de dúvida, solicitamos ao dentista que entre em contato com a consultoria técnica da operadora para esclarecimentos. Em determinados casos, uma senha especial poderá ser liberada.

INFORMAÇÕES GERAIS

- O atendimento inicial inclui o exame clínico e os procedimentos de fluoroterapia e orientação de saúde bucal.
- Adequação do meio é uma intervenção provisória indicada somente para casos em que o paciente apresenta grande número de lesões cavitadas de cárie.
- Ajuste oclusal é um procedimento terapêutico no tratamento da disfunção oclusal, sob autorização especial. Não é autorizado para restaurações realizadas pelo próprio dentista, pois o ajuste oclusal imediato é uma etapa inclusa na restauração.
- Utilizar o campo 47 da GTO para incluir informações adicionais do tratamento.
- O lançamento de código de consulta clínica deve ser acompanhado pelo preenchimento do odontograma, no verso da GTO.
- Anexos enviados deverão ter todos os campos preenchidos e assinados pelo prestador e paciente, caso contrário não tem validade.

URGÊNCIA

- Procedimentos de urgência não podem ser realizados como procedimentos eletivos na mesma consulta (os últimos receberão glosa).
- Lançar somente um código para urgência, mais adequado à necessidade do paciente, a cada consulta.
- Verificar na Tabela 01 quais procedimentos necessitam de RX, relatórios, etc.
- A imagem de diagnóstico já está incluso no procedimento de urgência.

PREVENÇÃO

- Exame clínico de retorno pode ser marcado a cada 06 meses (prazo de longevidade).
- Aplicação de carióstático sob autorização especial.

DENTÍSTICA

- Toda imagem para diagnóstico deve ser realizada antes de qualquer intervenção e/ou preparo cavitário.
- Cáries incipientes de esmalte, sem invasão de dentina, não podem ser restauradas. Nesses casos, a indicação é de orientação para a saúde bucal do paciente e preservação da lesão a cada 06 meses.
- O diagnóstico de cárie deve respeitar as orientações consagradas pela literatura científica: não utilizar sonda, valorizar exame visual e radiográfico, não intervenção em sulcos acastanhados.
- Para diagnóstico de cárie em dentes posteriores, dê preferência às radiografias bite wing.
- Troca de restauração por estética não está prevista no rol de procedimentos estabelecidos em lei.
- Lesões não cariosas: geralmente aquelas localizadas na região cervical dos dentes de adultos e idosos, como: atrito, erosão, abrasão, abfração. Muitas vezes, o dentista preocupa-se apenas em restaurar a lesão, obtendo insucesso devido a não retenção das restaurações na cavidade. É importante identificar qual o tipo de lesão para interceder corretamente em sua causa. Restaurações não são indicadas para eliminação de sensibilidade dentinária na região cervical.
- Para dentes tratados endodonticamente, a indicação é de restauração protética, com cobertura prevista em lei (cerômero para dentes anteriores, de canino a canino e metal para dentes posteriores, de pré-molar a molar). Para realização de restaurações diretas em resina em dentes posteriores tratados endodonticamente, avaliar a condição do remanescente dental (somente sob autorização especial).
- Máximo de 03 sessões de clareamento endógeno, realizadas no intervalo de 03 a 07 dias entre elas. Vedar a entrada do canal com um tampão para que o produto clareador não penetre pelo conduto. A aprovação técnica do tratamento endodôntico do dente é prerequisite para a realização do clareamento.
- Para situações especiais, entrar em contato com a operadora.

ENDODONTIA

- A radiografia final do tratamento endodôntico deve apresentar: boa nitidez para visualização dos condutos, sem presença de grampo de isolamento, cones cortados, bom posicionamento do dente no filme, periápice evidente, sem preparo do conduto para núcleo.
- Condições técnicas avaliadas: instrumentação e alargamento do conduto, condutas dissociadas e preenchimento de toda extensão do conduto com material obturador.
- Para os casos de qualquer intercorrência no procedimento endodôntico solicitamos o envio do Termo de Responsabilidade (Anexo 01). Para casos com obturações aquém $\leq 3\text{mm}$ em dentes sem lesão periapical, $\leq 2\text{mm}$ em dentes com lesão (desde que não apresentem luz dentro do conduto) ou $\leq 1\text{mm}$ além, poderão ser pagos mediante o envio do Termo. Demais casos serão avaliados pela auditoria técnica da operadora.
- Antes de realizar o tratamento endodôntico, avaliar se o dente apresenta condições para o tratamento, verificando-se a situação periodontal e do remanescente dental.
- Nos casos de capeamento pulpar direto, aguardar no mínimo 35 dias para realização da restauração definitiva, após o teste de vitalidade.

PERIODONTIA

- Raspagem supragengival – a partir de 12 anos de idade.
- Raspagem subgengival – a partir de 20 anos de idade, para bolsas $\geq 4\text{mm}$. Deverá ser acompanhada do preenchimento da Guia de Tratamento Periodontal (GTP) com as profundidades de sondagem e RX das regiões raspadas (por sextante). Somente poderá ser realizada a raspagem de um sextante por consulta.
- Se houver necessidade da raspagem supragengival, ela deverá ser realizada antes da raspagem subgengival.
- Cirurgia a retalho somente após o período de 30 dias da raspagem subgengival na região, para bolsas $\geq 5\text{mm}$.
- Cunha distal (proximal) está indicada quando houver necessidade de remoção apenas de tecido mole, e aumento de coroa quando há necessidade de remoção de tecido ósseo.

ODONTOPEDIATRIA

- São autorizadas 03 sessões de condicionamento para crianças de até 05 anos. A sessão de condicionamento não pode ser lançada junto com outros procedimentos eletivos e/ou urgências (intervalo mínimo de 01 semana entre as consultas).
- A estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica está incluída nos procedimentos realizados. Lembrando que, para utilização de qualquer meio de contenção deve ter o consentimento por escrito do responsável.
- Radiografias estão dispensadas para crianças ≤ 5 anos, com exceção dos casos de tratamentos endodônticos.
- Selantes são autorizados apenas para molares permanentes (no primeiro ano de erupção): 1º molar até 8 anos de idade e 2º molar até 13 anos de idade.
- Restauração com cimento ionômero de vidro somente nos procedimentos restauradores de dentes decíduos.
- Avaliar criteriosamente a indicação de exodontia de decíduos (idade do paciente e possível prejuízo com a perda de espaço). Os casos de indicação ortodôntica devem vir acompanhados da solicitação por escrito, assinado e carimbado – do ortodontista.

CIRURGIA

- Verificar na Tabela 01 quais os procedimentos cirúrgicos necessitam de autorização especial ou algum tipo de relatório.
- Avaliar criteriosamente a indicação de exodontia. Os casos de indicação ortodôntica devem vir acompanhados da solicitação – por escrito, assinado e carimbado – do ortodontista.
- Para lançamento dos procedimentos de exodontia, verificar qual o código correto para o tipo de cirurgia que se pretende realizar: exodontia simples, resto radicular, cirurgia a retalho, incluso/semi-incluso, etc. Já incluso o acerto de tecido ósseo.

TABELA 01 - PROCEDIMENTOS - CÓDIGO TUSS

Código TUSS	Procedimento	Pré-requisitos	Longevidade (meses)
81 000 065 84 000 090 84 000 139	Pacote: Exame clínico inicial, Fluorterapia, Orientação em saúde bucal *Para lançamento de pacote basta utilizar o código 81 000 065	Preenchimento correto e completo da GTO: datas dos procedimentos, assinatura do paciente, um procedimento por linha, odontograma, etc. TELEFONE DO PACIENTE (CAMPO 14).	06
81 000 030 84 000 090 84 000 139	Pacote: Exame clínico retorno, fluorterapia, orientação em saúde bucal *Para lançamento de pacote basta utilizar o código 81 000 030	Preenchimento correto e completo da GTO: datas dos procedimentos, assinatura do paciente, um procedimento por linha, odontograma, etc. TELEFONE DO PACIENTE (CAMPO 14).	06
81 000 421	RX Periapical	Lançar RX por linha / por dente. Obrigatório o preenchimento de guias SADT para solicitação de exames em clínicas radiológicas credenciadas.	06
81 000 375	RX Bite-Wing	Lançar os seguintes dentes para bite-wing: 15 para pré-molares direitos; 25 para pré-molares esquerdos; 17 para molares direitos e 27 para molares esquerdos. Obrigatório o preenchimento de guias SADT para solicitação de exames em clínicas radiológicas credenciadas.	06
81 000 383	RX Oclusal	Obrigatório o preenchimento de guias SADT para solicitação de exames em clínicas radiológicas credenciadas.	06
81 000 405	RX Panorâmico	Obrigatório o preenchimento de guias SADT para solicitação de exames em clínicas radiológicas credenciadas.	12
81 000 014	Sessão de condicionamento	Para crianças de até 05 anos / máximo 03 sessões Não pode ser lançada com outros procedimentos eletivos e/ou de urgência.	12
ATENÇÃO: Obrigatório GUIA SADT para solicitar exames em Clínicas Radiológicas			
URGÊNCIA			
Procedimentos de urgência não podem ser executados e lançados com procedimentos eletivos, nas GTOs. Verificar qual procedimento é mais adequado ao evento e qual necessita RX Diagnóstico.			
82 000 468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático	Enviar relato sobre diagnóstico na GTO (campo 47). Enviar RX diagnóstico.	00
82 000 484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático	Enviar relato sobre diagnóstico na GTO (campo 47). Enviar RX diagnóstico.	00
85 000 787	Imobilização temporária em dentes decíduos	Enviar relato sobre diagnóstico na GTO (campo 47). Enviar RX Diagnóstico ou fotografia. Avaliar o trauma e o período de erupção do dente permante.	00
85 300 020	Imobilização temporária em dentes permanentes	Enviar relato sobre diagnóstico na GTO (campo 47). Enviar RX Diagnóstico ou fotografia.	00

81 000 049	Odontalgia aguda	Enviar relato sobre diagnóstico na GTO (campo 47). Enviar RX Diagnóstico ou fotografia.	00
85 400 467	Recimentação de trabalho protético	Enviar na GTO (campo 47) relato sobre diagnóstico. Se, na avaliação, constatar-se a necessidade de execução de nova prótese, informar ao paciente. / Enviar RX Diagnóstico ou fotografia.	00
82 001 650	Tratamento de Alveolite	Enviar relato sobre diagnóstico na GTO (campo 47) e telefone do paciente (campo 14). / Enviar RX Diagnóstico.	00
85 100 048	Colagem de fragmentos dentários	Enviar relato sobre diagnóstico na GTO (campo 47) e telefone do paciente (campo 14). / Enviar RX Diagnóstico ou fotografia.	00
82 001 022	Incisão e drenagem de abscesso extraoral	Enviar relato sobre diagnóstico na GTO (campo 47) ou fotografia. Enviar RX Diagnóstico.	00
82 001 030	Incisão e drenagem de abscesso intraoral	Enviar relato sobre diagnóstico na GTO (campo 47) ou fotografia. Enviar RX Diagnóstico.	00
82 001 251	Reimplante de dente com contenção	Necessita relatório sobre diagnóstico na GTO (campo 47). Enviar RX Diagnóstico ou fotografia.	00
82 001 197	Redução simples de luxação de ATM	Necessita relatório sobre diagnóstico na GTO (campo 47) ou fotografia.	00
85 200 034	Pulpectomia	Enviar relato sobre diagnóstico na GTO (campo 47). Enviar RX Diagnóstico.	00
PREVENÇÃO			
84 000 198	Profilaxia	Boca completa: arcada superior e inferior.	06
84 000 090	Fluorterapia	A fluorterapia já está incluída no PACOTE. (81 000 065)	06
84 000 074	Selante	Primeiros molares permanentes (até 8 anos de idade) e segundos molares permanentes (até 13 anos de idade).	Única
84 000 031	Aplicação de carióstático	O procedimento não será pago por dente, mas pela boca completa. Sob autorização	Única

DENTÍSTICA

Não estão autorizadas restaurações em dentes hígidos (sulcos acastanhados) e/ou com lesões incipientes de esmalte. A recomendação da Literatura Odontológica é de preservação, com reavaliação radiográfica após 06 meses do último exame.

O forramento, acabamento e ajuste da restauração estão incluídos no procedimento restaurador. Número do dente e face são obrigatórios no preenchimento da GTO.

A série radiográfica completa não é uma exigência da operadora e deve ser realizada quando o dentista entender ser estritamente necessário. As radiografias são solicitadas apenas para alguns casos de intervenção odontológica.

Já incluído no valor dos procedimentos: restauradores definitivos a restauração temporária e tratamento expectante.

85 100 099	Amálgama 01 face	Enviar RX Diagnóstico ou fotografia.	24
85 100 102	Amálgama 02 faces	Enviar RX Diagnóstico ou fotografia.	24
85 100 110	Amálgama 03 faces	Enviar RX Diagnóstico ou fotografia.	24
85 100 129	Amálgama 04 faces	Enviar RX Diagnóstico e Final (Necessita de autorização especial).	24
85 400 211	Núcleo de preenchimento	Enviar RX Diagnóstico ou fotografia.	48
85 100 196	Resina 01 face	Enviar RX Diagnóstico ou fotografia.	24
85 100 200	Resina 02 faces	Enviar RX diagnóstico (ver TABELA 02 - combinações de face) ou fotografia.	24
85 100 218	Resina 03 faces	Enviar RX Diagnóstico (ver TABELA 02 - combinações de face) ou fotografia.	24
85 100 226	Resina 04 faces	Enviar RX Diagnóstico (ver TABELA 02 - combinações de face) ou fotografia.	24
85 100 137	Restauração com ionômero	Enviar RX Diagnóstico ou fotografia. Autorizada somente para dentes decíduos.	24
85 100 064	Faceta (direta) em resina	Não são autorizadas junto a outras restaurações em outras faces do mesmo dente. Enviar RX Diagnóstico ou fotografia.	24
85 400 025 85 400 017	Pacote: ajuste oclusal por desgaste seletivo e Ajuste oclusal por acréscimo.	O procedimento não será pago por dente, mas pela boca completa. Sob autorização.	Única

PERIODONTIA

Cirurgia periodontal a retalho somente será autorizada após um período de no mínimo 30 dias após as raspagens subgengivais.

As condições de higiene bucal do paciente são essenciais para que o processo cirúrgico obtenha sucesso.

Em situações especiais entrar em contato com a operadora.

85 300 047	Raspagem supragengival	A partir de 12 anos. Boca completa: arcada superior e inferior. Para situações especiais, entrar em contato com a operadora.	06
85 300 039	Raspagem subgengival	A partir de 20 anos. Um sextante por sessão, com bolsas $\geq 4\text{mm}$. Enviar RX de Diagnóstico e GTP. Não autorizada juntamente com raspagem supragengival.	06
85 300 020	Ferulização (estabilização com perda óssea)	Enviar RX de Diagnóstico e Final. Sob autorização especial. Até 06 dentes.	06
85 300 557	Cunha distal (proximal)	Enviar na GTO (campo 47) relato sobre a necessidade da remoção do tecido mole.	06
82 000 417	Cirurgia periodontal e retalho	A partir de 20 anos de idade. Sob autorização especial. Por segmento (sextante), por consulta, com bolsas $\geq 5\text{mm}$. Necessita RX Diagnóstico + GTP da região.	12
82 000 212	Aumento da coroa clínica	Remoção óssea para recuperação do espaço biológico (3 mm). Enviar RX de Diagnóstico e RX de avaliação do espaço biológico após a cirurgia.	12
82 000 921	Gengivectomia	Enviar na GTO (campo 47) relato sobre diagnóstico. Por segmento (sextante), por consulta.	12
82 000 948	Gengivoplastia	Enviar na GTO (campo 47) relato sobre diagnóstico. Por segmento (sextante), por consulta. Procedimento correspondente até 06 dentes (sob única autorização).	12
82 000 662	Enxerto gengival livre	Enviar na GTO (campo 47) relato sobre diagnóstico. Por segmento (sextante), por consulta. Procedimento correspondente até 06 dentes (sob única autorização).	12
82 000 689	Enxerto pediculado	Enviar na GTO (campo 47) relato sobre diagnóstico. Por segmento (sextante), por consulta. Procedimento correspondente até 06 dentes (sob única autorização).	12

ENDODONTIA

Recomendamos a utilização do Termo de Consentimento (Anexo 07) antes de iniciar o tratamento endodôntico.

As radiografias solicitadas são necessárias para a realização do procedimento endodôntico.

Avaliar o prognóstico antes de realizar o procedimento endodôntico (condições periodontais e remanescente dentário).

Enviar RX Final: sem grampo de isolamento, com cones cortados, dente bem posicionado no filme, com ápice bem evidente e condutos dissociados.

Enviar Termo de Responsabilidade (Anexo 01) mediante intercorrências do tratamento.

85 200 077	Remoção de núcleo radicular	Enviar RX de Diagnóstico e Final.	Única
85 200 166	Tratamento endodôntico unirradicular	Enviar RX de Diagnóstico e Final.	Única
85 200 140	Tratamento endodôntico birradicular	Enviar RX de Diagnóstico e Final.	Única
85 200 158	Tratamento endodôntico multirradicular	Enviar RX de Diagnóstico e Final.	Única

83 000 151	Tratamento endodôntico de decíduo	Enviar RX de Diagnóstico e Final.	Única
85 200 115	Retratamento endodôntico unirradicular	Enviar RX de Diagnóstico e Final.	Única
85 200 093	Retratamento endodôntico birradicular	Enviar RX de Diagnóstico e Final.	Única
85 200 107	Retratamento endodôntico multirradicular	Enviar RX de Diagnóstico e Final.	Única
85 200 131	Tratamento endodôntico em dentes com rizogênese incompleta (máximo 3 sessões)	Enviar RX de Diagnóstico e Final.	Única
85 200 123	Tratamento de perfuração radicular (máximo 03 sessões)	Enviar RX de Diagnóstico e Final. Sob autorização.	Única
85 200 042	Pulpotomia em dentes permanentes	Enviar RX de Diagnóstico (aguardar período mínimo de 35 dias, para formação da ponte de dentina, antes de realizar restauração final. Reavaliar vitalidade pulpar.	Única
83 000 127	Pulpotomia em dentes decíduos	Enviar RX de Diagnóstico e Final.	Única
85 100 013	Capeamento pulpar direto	Aguardar período mínimo de 35 dias antes de realizar restauração final. Reavaliar vitalidade pulpar. Enviar RX Diagnóstico e Final.	Única

Observação importante: Padrão técnico para o tratamento endodôntico: boa ampliação do canal, condensação satisfatória, sem presença de luz (nível apical da obturação coincidente com o Forame apical). Porém, como é preconizado pela literatura clássica, dentes com obturação até 1 mm além do ápice, 2 mm aquém do ápice (com lesão periapical) ou 3 mm (sem lesão periapical) serão aceitos mediante envio de Termo de Responsabilidade (Anexo 01). Tratamento em que esses limites sejam ultrapassados, sem justificativa cabível, receberão glosa e indicação para retratamento.

CIRURGIA			
83 000 089	Exodontia simples de dente decíduo	Enviar RX Diagnóstico.	Única
82 000 875	Exodontia simples de dente permanente	Enviar RX Diagnóstico.	Única
82 000 832	Exodontia simples de dente permanente por indicação protética/ortodôntica	Enviar na GTO (campo 47) relato sobre diagnóstico. Enviar RX Diagnóstico e enviar cópia do encaminhamento do profissional solicitante.	Única
82 000 859	Exodontia de raiz residual	Enviar RX Diagnóstico.	Única
82 000 816	Exodontia a retalho	Enviar RX Diagnóstico.	Única
82 001 286	Remoção de dentes inclusos ou semi-inclusão óssea (porção coronária)	Enviar RX Diagnóstico.	Única
82 001 715	Ulotomia – incisão do capuz mucoso para favorecer erupção do dente.	Enviar na GTO (campo 47) relato sobre diagnóstico. Enviar RX Diagnóstico.	Única
82 001 707	Ulectomia – remoção de processo hipertrófico muco-gengival sobre dente erupcionados	Enviar na GTO (campo 47) relato sobre diagnóstico. Enviar RX Diagnóstico.	Única

82 001 073	Hemisseção com/sem amputação radicular	Sob autorização especial. Enviar RX Diagnóstico e Final.	Única
82 000 034	Alveoloplastia	Sob autorização especial (necessita relatório do protesista). Por segmento (sextante). Enviar RX Diagnóstico e Final.	Única
82 000 166	Apicetomia SEM obturação retrógrada multirradicular	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 000 158	Apicetomia COM obturação retrógrada multirradicular	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 000 395	Cirurgia de tórus palatino	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 000 360	Cirurgia de tórus bilateral	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 000 387	Cirurgia de tórus unilateral	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 000 786	Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 000 239	Biópsia	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 001 103	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 001 529	Tratamento cirúrgico de fístulas bucossinusal	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 001 367	Remoção de odontoma	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 001 596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na mandíbula/maxila	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 001 618	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles na mandíbula/maxila	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 001 634	Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos – sem reconstrução	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 000 298	Bridectomia	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 000 794	Excisão de mucocele	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única

82 000 808	Excisão de rânula	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 001 170	Redução cruenta de fratura alvéolo-dentária	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 001 189	Redução incruenta de fratura alvéolo-dentária	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 000 883	Frenulectomia labial	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 000 891	Frenulectomia lingual	Sob autorização especial (comunicar a operadora antes de executar).	Única
82 000 190	Sulcoplastia	Sob autorização especial. Necessita relatório de protesista. Por arcada (comunicar a operadora antes de executar).	Única

PRÓTESE

Cobertura prevista pela Lei 9656/98 RN 211/10, ANS: cerômeros para dentes anteriores e restaurações metálicas fundidas para dentes posteriores.

O dentista deverá verificar se consta esta especialidade no seu contrato com a operadora.

Os procedimentos de prótese deverão ser pré-autorizados pela auditoria (ver Protocolo de Prótese – Tabela 05).

Na avaliação da indicação de prótese deverá ser considerado o prognóstico: perda da estrutura dentária (comprometimento de cúspide funcional), condições endodônticas e periodontais.

85 400 220	Núcleo Metálico Fundido	Necessita pré-autorização. Já incluso preparo de conduto.	48
85 400 556	Restauração Metálica Fundida (RMF)	Necessita pré-autorização.	60
85 400 149	Coroa Total Metálica	Necessita pré-autorização.	60
85 400 114	Coroa Total em Cerômero	Necessita pré-autorização.	60
85 400 076	Provisória com/sem pino	Enviar RX Diagnóstico ou fotografia. Não necessita de prévia autorização.	Única
85 400 211	Núcleo de preenchimento	Necessita pré-autorização.	48
85 400 262	Núcleo pré-fabricado: fibra, rosqueáveis, etc	Necessita pré-autorização. Já incluso preparo de conduto.	48
83 000 020	Coroa em dente decíduo: acetato/aço/policarbonato	Sob autorização da operadora. Enviar RX Diagnóstico ou fotografia.	Única

ATENÇÃO: em casos especiais, entrar em contato com a auditoria do plano.

TABELA 02 - COMBINAÇÕES DE FACE PARA PROCEDIMENTOS RESTAURADORES

DENTES ANTERIORES:				DENTES POSTERIORES:			
11, 12, 13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 41, 42, 43, 51, 52, 53, 61, 62, 63, 71, 72, 73, 81, 82, 83, 54, 55, 64, 65, 74, 75, 84, 85.				14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 34, 35, 36, 37, 38, 44, 45, 46, 47, 48, 54, 55, 64, 65, 74, 75, 84, 85.			
01 FACE	02 FACES	03 FACES	04 FACES	01 FACE	02 FACES	03 FACES	04 FACES
01 = M 02 = D 04 = V 05 = P 06 = L 07 = I	45 = VP 46 = VL 14 = MV 24 = DV 15 = MP 16 = ML 25 = DP 26 = DL 12 = MD	145 = MVP 245 = DVP 146 = MVL 246 = DVL 142 = MVD 152 = MPD 162 = MLD	1457 = MVPI 1467 = MVLI 2457 = DVPI 2467 = DVLI 1257 = MDPI 1267 = MDLI 1247 = MDVI 1245 = MDVPI 1246 = MDVL	01 = M 02 = D 03 = O 04 = V 05 = P 06 = L	13 = MO 14 = MV 15 = MP 16 = ML 23 = DO 24 = DV 25 = DP 26 = DL 35 = OP 34 = OV 45 = VP 12 = MD 36 = OL 46 = VL	123 = MOD 134 = MOV 135 = MOP 136 = MOL 146 = MVL 234 = DOV 235 = DOP 236 = DOL 246 = DVL 346 = OVL 345 = OVP 145 = MVP 245 = DVP 142 = MVD 152 = MPD 162 = MLD	1234 = MDOV 1235 = MDOP 1236 = MDOL 1345 = MOVPI 1346 = MOVL 2345 = DOVPI 2346 = DOVL 1245 = MDVPI 1246 = MDVL

IMPORTANTE !

1. Em caso de dúvidas sobre lançamento de faces, favor entrar em contato com a consultoria da Belo Dente.

2. Legendas:

- 00 = Sem face
01 = Mesial
02 = Distal
03 = Oclusal
- 04 = Vestibular
05 = Palatina
06 = Lingual
07 = Incisal

TABELA 03 – SEGMENTOS DA CAVIDADE BUCAL

ARCADAS		SEGMENTO (sextantes)		SEGMENTO (sextantes)	
00 = Arcadas Superior + Inferior (Boca completa)		01 = Segmento Posterior Superior Direito		04 = Segmento Posterior Inferior Esquerdo	
10 = Arcada Superior		02 = Segmento Anterior Superior		05 = Segmento Anterior Inferior	
20 = Arcada Inferior		03 = Segmento Posterior Superior Esquerdo		06 = Segmento Posterior Inferior Direito	

TABELA 04 – CÓDIGOS DE GLOSAS

Códigos	Descrição da glosa	Códigos	Descrição da glosa
1006	Atendimento após desligamento do beneficiário.	3007	Procedimento odontológico duplicado.
1007	Atendimento dentro da carência do beneficiário.	3008	Cobrança de procedimento odontológico incluso no procedimento principal.
1008	Assinatura divergente.	3010	Cobrança de procedimento não solicitado pelo cirurgião dentista.
1010	Assinatura do titular/responsável inexistente.	3011	Sem registro de execução.
1214	Credenciado não habilitado a realizar o procedimento.	3013	Cobrança de procedimento odontológico sem/insuficiente justificativa para realização.
1314	Guia sem assinatura e/ou carimbo do credenciado.	3015	Cobrança de procedimento odontológico com ausência de resultado ou laudo técnico.
1311	Prestador executante não informado.	3016	Procedimento odontológico realizado pelo mesmo profissional na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
1313	Guia com rasura.	3019	Evento sobre análise técnica aguardando aprovação para posterior pagamento.
1317	Guia sem data de atendimento.	3020	Conforme documentação radiográfica enviada, evento realizado inadequadamente.
1319	Guia sem assinatura do assistido.	3021	Falha informação de arcada, hemiarcos.
1320	Identificação do assistido incompleta.	3022	Falha em informação de dados de dente inicial e /ou final.
1321	Validade da guia expirada	3023	Falha em informação de dados de faces dos dentes.
1403	Não existe informação sobre a senha de autorização do procedimento.	3024	Evento só possível em dentes decíduos.
1406	Número da senha informado diferente do liberado.	3025	Evento só possível em dentes permanentes.
1407	Serviço solicitado não possui cobertura.	3027	Desacordo entre tipo de dente e número de canais solicitados.
1507	Urgência não aplicável.	3031	RX fora dos padrões técnicos.
1819	Cobrança de procedimento com história clínica/hipótese de diagnóstico não compatível.	3037	Procedimento cobrado não é igual ao executado.
3001	Procedimento odontológico inválido.	3038	Rx inicial incongruente ao Rx final.
3002	Cobrança de procedimento odontológico que exige autorização prévia.	3039	Rx não corresponde ao Rx cobrado.
3003	Idade do beneficiário não compatível com o procedimento odontológico.	3099	Outros.

TABELA 05 - PROTOCOLO DE PRÓTESE

Os procedimentos de prótese previstos pela Lei 9656/98 RN 211/10 - ANS, que compreendem cerômeros para dentes anteriores (de canino a canino) e restaurações metálicas fundidas para dentes posteriores (de pré-molar a molar), são de cobertura obrigatória para todos os beneficiários de planos de saúde odontológica do território nacional.

INDICAÇÕES

Restaurações protéticas estão indicadas para casos de grande perda da estrutura dental, em que haja a necessidade de recompor a anatomia e função do dente, principalmente quando há perda das cúspides funcionais.

Os dentes tratados endodonticamente, geralmente, representam a maioria das indicações de prótese, pelas condições de friabilidade (que torna o dente quebradiço) e perda de estrutura dental. Nesses casos, restaurações diretas em resina em dentes posteriores, somente poderão ser realizadas sob autorização da operadora.

O risco de fraturas a médio/longo prazo que podem levar à perda do elemento dental, caso não se observem as indicações acima, é alto. Dessa forma, o tratamento com prótese deve ser proposto ao paciente e, caso ele recuse a indicação, muitas vezes por questões estéticas, o dentista deverá registrar o fato em seu prontuário, com assinatura do paciente.

Se o paciente optar por realizar procedimento de prótese NÃO coberto pelo plano, o dentista deverá registrar em prontuário que o paciente está ciente da cobertura, porém, declinou seu direito, de livre e espontânea vontade. Esse cuidado evitará questionamentos futuros que podem resultar em demandas judiciais.

AValiação DAS CONdições DO ELEMENTO DENTAL

Todo dente que receberá uma prótese deve ser bem avaliado a fim de se verificar a existência das condições necessárias para a reabilitação do dente. Essa avaliação exige uma abordagem responsável e realista, sem propostas de “salvar” dentes que tenham prognóstico absolutamente desfavorável. Esse tipo de atitude cria falsas expectativas, o que pode gerar sérios dissabores para o dentista, paciente e operadora, futuramente.

Nessa etapa, somente o tratamento endodôntico necessário deverá ter sido realizado. Todos os critérios para a avaliação, abaixo relacionados, devem ser prontamente considerados por construírem padrões científicos claramente estabelecidos pela literatura odontológica.

CONdições PERIODONTAIS

Ausência de doença periodontal com perda óssea e mobilidade, lesão de furca; presença de espaço biológico (distância de no mínimo 3mm entre o término do preparo e nível ósseo). Se houver condições periodontais que suscitem dúvidas, enviar laudo com prognóstico do dente.

CONdições DA ENDODONTIA REALIZADA POR CREDENCIADO DA BELO DENTE

O tratamento endodôntico, realizado por credenciado da Belo Dente, já deverá ter sido considerado como “em conformidade técnica” por nossa auditoria para dar-se início à confecção da prótese. Para obter essa informação, entrar em contato com a operadora.

Verificar: ausência de lesão periapical; fratura de instrumentos (lima, gates, etc); canal bem instrumentado apresentando amplitude adequada; obturação com boa condensação e nível apical dentro dos padrões técnicos de aceitabilidade.

CONDIÇÕES DE ENDODONTIA E/OU NMF PRÉ-EXISTENTES

Em algumas situações, o paciente pode apresentar tratamento endodôntico e/ou NMF realizado por outro dentista não credenciado da Belo Dente. Dessa forma, deverá ser avaliada a necessidade e possibilidade de remoção do NMF. A necessidade de refazer a endodontia, sem acarretar riscos de fratura e perda do elemento dental também deve ser considerada. Quando os riscos superarem tais opções e, contudo, o dentista considerar que existe um bom prognóstico para o caso, poderá confeccionar a prótese, após Autorização Prévia e desde que envie Termo de Esclarecimento e Livre Consentimento, no modelo Belo Dente (anexos).

CONDIÇÕES DE REMANESCENTE DENTÁRIO

Verificar se o remanescente dentário exige confecção de núcleo de preenchimento, pino pré-fabricado ou núcleo metálico fundido; integridade do assoalho da câmara pulpar, condições periodontais satisfatórias.

CRITÉRIOS PARA CONFEÇÃO DE NÚCLEOS

Núcleo de preenchimento: quando houver remanescente dental suficiente (duas ou mais paredes presentes), pinos intra-canal pré-fabricados podem ser utilizados junto com preenchimento em resina ou cimento ionômico de vidro.

O valor do núcleo de preenchimento está incluído no procedimento de pino pré-fabricado.

Núcleo Metálico Fundido: para destruição da coroa do dente, uma parede remanescente. O pino intracanal de ocupar 2/3 do comprimento da raiz, devendo alcançar, pelo menos, a metade de inserção no osso. Muita atenção nos casos em que houve perda óssea, para que o núcleo não fique curto, podendo provocar uma força de alavanca que leve à fratura do dente. O diâmetro do núcleo deve ser igual ou levemente maior do que o do canal.

O tipo de núcleo a ser confeccionado deve ser determinado de acordo com parâmetros clínicos e radiológicos como por exemplo, a quantidade remanescente dentário.

COMO SOLICITAR APROVAÇÃO PRÉVIA DO PROCEDIMENTO

1. Somente dentistas autorizados podem realizar procedimentos de prótese.
2. A pré-autorização dos procedimentos (núcleo, restauração protética) é indispensável; de outra forma, os mesmos poderão receber glosa.
3. Fazer a avaliação cuidadosa do elemento dental que receberá a prótese.
4. Preencher todos os campos do Formulário de Autorização Prévia de Prótese - APP (anexo 5). Utilizar um formulário para cada dente.
5. Verificar se há necessidade de algum tipo de Termo, Laudo Periodontal ou relatório que ajude a esclarecer qualquer situação que suscite dúvidas na auditoria.
6. Registrar no campo "Observações adicionais" do formulário de APP (Anexo 5) se o dentista for realizar somente núcleo e provisória pelo plano e a prótese como procedimento particular (material diferente de metal ou cerâmico). Anexo 8.
7. Fazer RX periapical do dente, nítida, com bom contraste, elemento bem posicionado no filme, sem manchas.
8. Enviar a documentação (Formulário de APP, Termos e afins, RX periapical) para a operadora separadamente ou junto com a produção mensal do dentista (A data de envio é definida pela credenciado, de acordo com a urgência do tratamento).
9. Todas as etapas da confecção da prótese - confecção de núcleo de preenchimento/NMF, provisória e restauração/corona metálica fundida ou Cerâmico estarão liberadas depois que a auditoria da operadora entrar em contato por e-mail com o dentista, fornecendo-lhe uma senha de autorização, até 2 dias úteis da data de recebimento da documentação.
10. Para auditoria final, com finais de pagamento, todos os procedimentos deverão ser lançados na GTO, enviada juntamente com RX periapical e RX Bite-Wing regular do elemento restaurado, com a produção restante do dentista, para avaliar a qualidade do procedimento.

TABELA 06 – CHECK LIST DAS REGRAS DE ATENDIMENTO PELO ODONTOPLANO BELO DENTE

Autorização para Atendimento	● Deve ser solicitada autorização em todos os atendimentos para verificar se o beneficiário está ativo e/ou possui carências.
Preenchimento de guias	● GTO - Conforme anexo 6. ● SADT – para solicitar exames em radiológicas. Preencher os campos 08, 11, 13, 14, 16, 26, 27, 86. ● GTP – para raspagens subgingivais. ● Site Belo Dente (www.belodente.com.br) disponibiliza todas as guias e termos. ● Observar prazo de envio.
Autorizações Especiais	● Previsão de acordo com TABELA 01. Exemplo: cirurgia periodontal a retalho, ajuste oclusal.
Senhas Especiais	● Para os casos fora dos padrões apresentados na TABELA 01: registrar senha no campo 47 da GTO.
Radiografias	● Para Bite-Wing, lançar dentes: 15 e 25 para pré-molares, 17 e 27 para molares. ● Uma radiografia por linha, com o número do dente que a identifique. ● Para exames em radiológicas, uso obrigatório da guia SADT. ● RX enviado para auditoria deve ser bem revelado, com dente bem posicionado, identificado e organizado.
Urgência	● Não lançar procedimentos de urgência com procedimentos eletivos, pois os últimos serão glosados.
Endodontia	● Enviar Termo para caso de intercorrências.
Periodontia	● Raspagem supra a partir de 12 anos. ● Raspagem sub a partir de 20 anos; necessita de GTP e RX; bolsas ≥ 4 mm. ● Cirurgia a retalho: a partir de 20 anos; necessita de autorização especial.
Dentística	● Para diagnóstico de cáries em dentes posteriores a indicação é a radiografia Bite-Wing. ● Não restaurar lesão incipiente de esmalte: preservar. ● Não existe cobertura para troca de restaurações por estética. ● Tabela TUSS com procedimentos/faces disponível no site Belo Dente. ● Resinas 3/4 faces anteriores, identificar somente se é M ou D. ● Selante somente para 1º molar (até 08 anos) e 2º molar (até 13 anos). ● Restaurações de Classe V, avaliar a indicação: sensibilidade x lesão não cariosa, oriunda de má oclusão, atrito, etc.
Cirurgia	● Atenção aos códigos corretos adequados ao tipo de procedimento, principalmente exodontias. ● Em casos de risco, é muito importante a elaboração de Termo de Responsabilidade
Prótese	● Somente para dentistas credenciados para esse tipo de procedimento. ● Ver Protocolo de Prótese (TABELA 05). ● Necessita de pré-autorização.
Recurso de glosa	● Observar o prazo de envio, preencher corretamente os dados (datas, código correto, justificativa). Em caso de dúvidas, contatar a consultoria técnica.
Login e senha	● Solicitação no setor de Auditoria da Belo Dente.
Antes de enviar a produção para operadora, verifique:	● Se todas as imagens de diagnóstico necessárias foram realizadas, se a sua qualidade está adequada para análise técnica (bom contraste, sem manchas, elemento bem posicionado). Todas devem estar devidamente organizadas, identificadas com nome do paciente, data. ● Conferir se todos os campos necessários das guias utilizadas (GTO, GTP, SADT) estão preenchidos. ● Conferir se todos os Termos, Relatórios e Laudos necessários foram providenciados. ● Colocar as guias em ordem alfabética. ● Uma produção bem organizada enviada à operadora reverte em benefícios para o próprio dentista, evitando glosas desnecessárias. ● Lançar no sistema apenas procedimentos realizados.

(Anexo 01) **TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - ENDODONTIA**

1. Nome da clínica: _____ Data do atendimento: ____/____/____

2. Nome do dentista: _____

3. Nome do paciente : _____ Número da carteira: _____

4. Código do procedimento: _____ Dente: _____

5. Descrição da ocorrência ☒:

☐ Presença de lesão periapical	☐ Obturação aquém do ápice
☐ Fratura de lima	☐ Obturação além do ápice
☐ Desvio de conduto	☐ Extravasamento de pasta de obturação
☐ Comprometimento periodontal / perda óssea	☐ Perfuração de raiz
☐ Lesão de furca	☐ Atresia /Calcificação de conduto
Observações adicionais: _____	

6. Possibilidade de sucesso do tratamento: ☐ Favorável ☐ Desfavorável

7. Período mínimo previsto para acompanhamento: 2 anos

8. DECLARAÇÃO DO PACIENTE:

Eu, _____, RG _____, estou ciente das condições do canal do meu dente, e comprometo-me a agendar uma consulta e comparecer ao consultório de meu dentista de 6 em 6 meses para controle do caso.

Assinatura do paciente - Data - Telefone

9. DECLARAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Eu, _____ CRO _____, responsabilizo-me pela execução e acompanhamento do tratamento de canal a que se refere esse termo realizado por mim, pelo período de 2 anos, de 6 em 6 meses.

Assinatura - carimbo do CD - Data

Assinatura e carimbo do Responsável Técnico da Clínica - Data

(Anexo 02) **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Tratamento endodôntico realizado por não credenciado da Belo Dente

Eu, _____ RG _____, declaro estar ciente da necessidade de realizar uma prótese (peça) em meu dente _____ (_____), e de já possuir tratamento de canal realizado por outro dentista não credenciado da operadora Belo Dente, não apresentando, no momento, qualquer dor ou incômodo.

No exame clínico/radiológico do tratamento de canal, meu dentista verificou:

☐ Presença de lesão periapical	☐ Obturação aquém do ápice
☐ Fratura de lima	☐ Obturação além do ápice
☐ Desvio de conduto	☐ Extravasamento de pasta de obturação
☐ Comprometimento periodontal / perda óssea	☐ Perfuração de raiz
☐ Lesão de furca	☐ Atresia / Calcificação de conduto
Observações adicionais: _____	

Ciente de todas as informações acima, considerando que meu dentista _____, CRO ____ / _____, responsabiliza-se pela avaliação realizada, e com todas as dúvidas devidamente esclarecidas, dou meu consentimento, de livre e espontânea vontade, para realização do tratamento.

_____, _____ de 20____

Paciente – Identidade - Telefone

Dentista - CRO - Carimbo

Responsável Técnico da Clínica - CRO – Carimbo

(Anexo 03) **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Tratamento Endodôntico e Núcleo Metálico Fundido realizados por dentista não credenciado da Belo Dente

Eu, _____ RG _____, declaro estar ciente da necessidade de realizar uma prótese em meu dente _____ (_____), e de já possuir tratamento de canal e núcleo metálico fundido (NMF – pino) realizado por outro dentista, não credenciado da Belo Dente Odontoplane, não apresentando, no momento, qualquer dor ou incômodo.

No exame clínico/radiológico do tratamento de canal e núcleo, meu dentista verificou:

☐ Fratura de lima	☐ NMF curto
☐ Desvio de conduto	☐ Obturação aquém do ápice
☐ Atresia /Calcificação de conduto	☐ Obturação além do ápice
☐ NMF muito longo	☐ Extravasamento de pasta de obturação
☐ NMF muito largo	☐ Presença de lesão periapical

Conclusão:

- O dente apresenta boas condições para prosseguimento do tratamento, sem presença de lesão periapical.
- A remoção do Núcleo Metálico Fundido envolve sério risco de fratura e perda do dente.

Observações adicionais:

Ciente de todas as informações acima, considerando que meu dentista _____ CRO____ / _____ responsabiliza-se pela avaliação realizada e pelas informações prestadas, com todas as dúvidas devidamente esclarecidas, dou meu consentimento, de livre e espontânea vontade, para realização do tratamento proposto.

_____, _____ de 20____

Paciente – Identidade - Telefone

Dentista - CRO - Carimbo

Responsável Técnico da Clínica - CRO

(Anexo 04) **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Remoção de Núcleo Metálico Fundido ou pino pré fabricado

Eu _____ RG _____,
declaro estar ciente da necessidade de realizar uma prótese (peça) em meu dente _____
(_____), e de já possuir núcleo metálico fundido (NMF OU pino pré-fabricado) confeccionado
por outro profissional. Segundo avaliação de meu dentista, há necessidade de remoção desse pino para
confeção de uma nova prótese. Fui esclarecido (a) que existe possibilidade de insucesso do procedimento
de remoção do NMF ou pino pré-fabricado, com riscos de fratura e perda do dente, comum a todos os
procedimentos desse tipo.

Ciente de todas as informações acima, com todas as dúvidas devidamente esclarecidas, dou meu
consentimento, de livre e espontânea vontade, para realização do tratamento.

_____, _____ de 20____

Paciente – Identidade - Telefone

Dentista - CRO - Carimbo

Responsável Técnico da Clínica - CRO

(Anexo 05) **FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO PRÉVIA DE PRÓTESE (APP)**

Dentista: _____ CRO: _____
Clínica: _____ Data: ____/____/____
Paciente: _____ Código da carteira: _____
Telefone do paciente: _____ Dente: _____
Email do paciente: _____

☒ **Plano de tratamento (procedimentos protéticos a serem executados):**

Procedimento	Código	Procedimento	Código
☐ Provisória	85 400 076	☐ Cerômero	85 400 114
☐ Núcleo Metálico Fundido	85 400 220	☐ Coroa Total Metálica	85 400 149
☐ Núcleo de Preenchimento	85 400 211	☐ Restauração Metálica Fundida	85 400 556
☐ Pino Pré- fabricado	85 400 262		

Paredes dentais remanescentes ☐ M ☐ D ☐ V ☐ L ☐ P

☒ Endodontia realizada pelo próprio prestador. Sim () Não () Não se aplica ()

Critérios de avaliação	Avaliar todos os critérios cuidadosamente	Adequação Sim - Não- Não se aplica		
Periodontais	Ausência de doença periodontal com perda óssea.	☐	☐	☐
	Mobilidade.	☐	☐	☐
	Lesão de furca.	☐	☐	☐
	Espaço biológico (distância de, no mínimo 03mm entre término do preparo e nível ósseo).	☐	☐	☐
Endodontia	Ausência de lesão periapical.	☐	☐	☐
	Canal bem instrumentado.	☐	☐	☐
	Amplitude adequada.	☐	☐	☐
	Obturação com boa condensação lateral e nível apical dentro dos padrões técnicos de aceitabilidade.	☐	☐	☐
	Fratura de limas ou Gates.	☐	☐	☐
Remanescente dental	Presença de paredes remanescentes suficientes para procedimento solicitado.	☐	☐	☐
	Integridade do assoalho da câmara.	☐	☐	☐
NMF ou pino pré-fabricado pré-existente	Ocupa 2/3 do comprimento da raiz.	☐	☐	☐
	Alcança, pelo menos, metade do nível da inserção da raiz em osso.	☐	☐	☐
	Possui selamento apical de 03 a 05 mm.	☐	☐	☐
	O diâmetro do núcleo é igual ou levemente maior do que o do canal.	☐	☐	☐

Observações Adicionais: _____

Data: ____/____/____ _____

Dentista - CRO - Carimbo

Paciente

Odontoplano		1 - Registro ANS		3 - Data da Emissão da Guia		4 - Data da Autorização		5 - Sentia		6 - Data Validade da Sentia		7 - Número Guia Principal											
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira		9 - Plano		10 - Empresa		11 - Data Validade da Carteira		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde															
13 - Nome e CPF		14 - Telefone		15 - Nome do Titular do plano																			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Número no CRO		18 - UF		19 - Código CBO S																	
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		21 - Nome do Contratado Executante		22 - Número no CRO		23 - UF		24 - Código CNES															
25 - Nome do Profissional Executante		26 - Número no CRO		27 - UF		28 - Código CBO S																	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados																							
29 - Tabela		30 - Código do Procedimento		31 - Descrição		32 - Dente/Região		33 - Face		34 - Qtd		35 - Quantidade US		36 - Valor		37 - Franquia/Coparticipação - R\$		38 - Autorizaçã		39 - Data de Realização		40 - Assinatura	
1-																							
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10-																							
11-																							
12-																							
13-																							
14-																							
15-																							
16-																							
17-																							
41-Data Término do Tratamento		42 - Tipo de Atendimento		43 - Tipo de Faturamento		44 - Total Quantidade US		45 - Valor Total R\$		46-Total Franquia / Coparticipação R\$													
1 - Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		5-Auditoria															
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																							
47 - Observações																							
48 - Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		49 - Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		50 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		51 - Data, Local e Carimbo da Empresa																	

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
------------------	------------------------------

Odontopiano

Dados do Beneficiário												
4 - Número da Carteira												
5 - Plano												
6 - Empresa												
7 - Data Validade da Carteira												
10 - Nome do Titular do plano												
13 - Nome												
9 - Telefone												

Dados do Contrato										
11 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		12 - Nome do Contratado			13 - Número no CRO		14 - UF		15 - Código CNES	
16 - Nome do Profissional		17 - Número no CRO			18 - UF		19 - Código CBO S			

Situação Inicial											
SITUAÇÃO INICIAL											
20 - Sinais clínicos de doença periodontal? ☐ Sim ☐ Não											
21 - Alterações dos tecidos moles? ☐ Sim ☐ Não											

PERMANENTES	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	DECÍDUOS				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
DECÍDUOS				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
PERMANENTES	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
SITUAÇÃO INICIAL																

LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

SITUAÇÃO INICIAL:

A - Ausente

E - Extração indicada

H - Hígido

C - Cariado

R - Restaurado

T - Tratamento para indicação Endodôntica

I - Implante

[illegible]

23 - Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

24 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25 - Data, Local e Carimbo da Empresa

(Anexo 07) **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENDODONTIA**

Pelo presente instrumento, eu _____,

RG _____ declaro que fui informado (a) pelo cirurgião-dentista
_____ CRO _____ de

que necessito de (re) tratamento endodôntico (tratamento de canal) do dente _____.

Estou ciente do método proposto e de sua necessidade, bem como dos riscos aos quais estarei sujeito, tais como:

- Desconforto após o tratamento, que poderá durar horas ou alguns dias, sendo às vezes necessário o uso de medicamentos que serão prescritos oportunamente.
- Edema (inchaço) na gengiva ou face, próximo ao dente tratado ou trismo (limitação da abertura bucal), que poderá persistir por alguns dias ou mesmo se prolongar.
- Caso ocorra insucesso no tratamento endodôntico, poderá haver necessidade de retratamento, cirurgia ou, até mesmo, extração do dente em questão.
- Possibilidade de ocorrência de fratura de instrumentos dentro da raiz do dente e o dentista irá decidir se é possível deixá-lo no local ou se deverá ser retirado através de cirurgia.
- Perfuração do canal radicular através do uso de instrumentos, que poderá necessitar de intervenção cirúrgica.
- Perda prematura do dente devido a doença periodontal avançada.
- Imagem radiográfica imprecisa dando margem à interpretação duvidosa.
- Persistência da infecção.

Estou ciente, ainda, de que:

- Após o (re) tratamento endodôntico meu dente deverá ser protegido de fraturas e contaminação, devendo providenciar sua restauração.
- Em decorrência da fragilidade natural do dente em tratamento, poderá ocorrer fratura durante ou no intervalo entre as sessões sendo, portanto, recomendado cuidado durante a mastigação.
- Meu dentista informou que disporá dos melhores meios possíveis para realizar o tratamento, mas o sucesso também dependerá dos fatores biológicos, específicos do organismo de cada pessoa e de sua adequada restauração.
- Serei devidamente informado no caso de ocorrer qualquer intercorrência durante o tratamento.

Com todas as minhas dúvidas devidamente esclarecidas e ciente de todas as informações acima, dou meu consentimento para realização do tratamento endodôntico proposto.

_____, _____ de _____ de 20____.

Paciente - Identidade

Dentista – CRO – Carimbo

Responsável Técnico da Clínica - CRO - Carimbo

(Anexo 08) **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, RG _____
declaro que estou ciente da cobertura oferecida pela operadora odontológica Belo Dente, de acordo com a Lei 9656 RN 211/10, ANS:

- Coroa total em cerômero para dentes anteriores (incisivos e caninos)
- Restauração metálica fundida - RMF (pré-molares e molares)
- Coroa total metálica (pré-molares e molares)

Esclarecido sobre meus direitos, declaro que não desejo a prótese coberta pelo meu plano odontológico e que serei responsável pelo pagamento de procedimento particular, em material restaurador diferente daqueles citados acima.

● Dente: _____

● Descrever procedimento particular proposto:

_____, ____ de _____ de 20____.

Paciente - Identidade

Dentista – CRO – Carimbo

Responsável Técnico da Clínica - CRO - Carimbo

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- Nº

Odontoplano

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização		6 - Data Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia	
35156-3									
8 - Número da Carteira		9 - Plano		10 - Validade da Carteira		11 - Nome		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Solicitante		13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		14 - Nome do Contratado		15 - Código CNES			
16 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Conselho Profissional		18 - Número no Conselho		19 - UF		20 - Código CBO S	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caracter da Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia terapia, consulta de referência e alto custo)	
				E-Eleiva U-Urgência/Emergência					
25 - Tabela		26 - Código do Procedimento		27 - Descrição		28 - Qt Solic.		29 - CI Autoriz.	
1 -									
2 -									
3 -									
4 -									
5 -									
Dados do Contratado Executante		30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32 - T.L.		33-34-35-Logradouro - Número - Complemento	
40a - Código na Operadora / CPF do exec. complementar		41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho		44 - UF	
								45a - Grau de Participação	
Dados do Atendimento		46-Tipo Atendimento		47 - Indicação de Acidente		48 - Tipo de Saída		49 - Tipo de Doença	
		01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05- Exame 06-Atendimento Domiciliar		0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros		1 - 1- Retorno 2- Retorno SADT 3- Referência 4- Internação 5- Alta 6- Óbito			
Consulta Referência		49 - Tipo de Doença		50 - Tempo de Doença		51 - Data		52 - Hora Inicial	
Procedimentos e Exames realizados		53 - Hora Final		54 - Tabela		55 - Código do Procedimento		56 - Descrição	
1 -									
2 -									
3 -									
4 -									
5 -									
63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Sério		3 -		5 -		7 -		9 -	
1 -									
2 -									
64 - Observação									
65 - Total Procedimentos R\$		66 - Total Taxas e Aluguéis R\$		67 - Total Materiais R\$		68 - Total Medicamentos R\$		69 - Total Diárias R\$	
86 - Data e Assinatura do Solicitante		87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89 - Data e Assinatura do Prestador Executante		90 - Data e Assinatura do Prestador Executante	

(Anexo 9) SADT - CAMPOS OBRIGATÓRIOS

Preenchimento de responsabilidade da clínica odontológica credenciada e do dentista solicitante do pedido de exame complementar:

Campo 08= Número da matrícula do beneficiário (6 últimos números do código do usuário do cartão, desconsiderando o último dígito)

Campo 11= Nome do beneficiário (conforme está escrito no cartão)

Campo 13= CNPJ da clínica odontológica credenciada ou CPF do dentista, se pessoa física.

Campo 14= Nome da clínica odontológica credenciada

Campo 16= Nome do profissional solicitante do exame radiográfico

Campo 26= Se a radiografia solicitada for:

Periapical: lançar o código 81000421 XX (xx se refere ao número do dente)

Bite wing: lançar o código 81000375 15 (pré molar lado direito)

Bite wing: lançar o código 81000375 25 (pré molar lado esquerdo)

Bite wing: lançar o código 81000375 17 (molar lado direito)

Bite wing: lançar o código 81000375 27 (molar lado esquerdo)

Bite wing: lançar o código 81000375 55 (molar decíduo lado direito)

Bite wing: lançar o código 81000375 65 (molar decíduo lado esquerdo)

Oclusal: lançar o código 81000383 10 (arcada superior)

Oclusal: lançar o código 81000383 20 (arcada inferior)

Panorâmica: lançar o código 81000405 00 (boca inteira)

Campo 27= Descrição (escrever por extenso o procedimento)

Campo 86= Data, assinatura e carimbo do dentista

OBS: Lançar 1 RX por linha nos campos 26 e 27

Se necessário lançar periapical série completa, favor lançar da seguinte maneira:

Dentes permanentes:

81000421 11 00 RX periapical dente 11 (para dentes 11 e 21)

81000421 13 00 RX periapical dente 13 (para dentes 12 e 13)

81000421 23 00 RX periapical dente 23 (para dentes 22 e 23)

81000421 14 00 RX periapical dente 14 (para dentes 14 e 15)

81000421 24 00 RX periapical dente 24 (para dentes 24 e 25)

81000421 16 00 RX periapical dente 16 (para dentes 16,17 e 18)

81000421 26 00 RX periapical dente 26 (para dentes 26,27 e 28)

81000421 31 00 RX periapical dente 31 (para dentes 31, 32, 41 e 42)

81000421 43 00 RX periapical dente 43

81000421 33 00 RX periapical dente 33

81000421 44 00 RX periapical dente 44 (para dentes 44 e 45)

81000421 34 00 RX periapical dente 34 (para dentes 34 e 35)

81000421 46 00 RX periapical dente 46 (para dentes 46,47 e 48)

81000421 36 00 RX periapical dente 36 (para dentes 36,37 e 38)

Dentes decíduos:

81000421 51 00 RX periapical dente 51

81000421 53 00 RX periapical dente 53

81000421 63 00 RX periapical dente 63

81000421 54 00 RX periapical dente 54

81000421 64 00 RX periapical dente 64

81000421 81 00 RX periapical dente 81

81000421 83 00 RX periapical dente 83

81000421 84 00 RX periapical dente 84

81000421 73 00 RX periapical dente 73

81000421 75 00 RX periapical dente 75

[illegible]

Caro Prestador,

*Qualquer dúvida, por favor entre em contato com a operadora.
Para a Belo Dente a relação de parceria é fundamental em
nosso trabalho, pois consideramos o sucesso uma jornada e não
um destino.*

Belodente

Odontoplano

www.belodente.com.br