

MANUAL DE NORMAS PARA REGULAÇÃO, AUDITORIA E FATURAMENTO DE CONTAS ODONTOLÓGICAS - IPSEMG

**Belo Horizonte
Agosto de 2022**

Presidente do Instituto

Luiza Hermeto Coutinho Campos

Chefia de Gabinete

Núbia Teixeira da Costa

Diretoria de Políticas em Saúde

Pedro William Ribeiro Diniz

Gerência de Regulação

Joaniza Barbosa Rocha

Gerência de Auditoria e Contas da Saúde

Bruna Miiller Lavarini – Gerente de Auditoria e Contas da Saúde

Renata Cristina Andrade de Oliveira – Departamento de Auditoria e Suporte Odontológico

Gerência de Credenciamento

Rejane Lemos Marques Loures

SUMARIO

INTRODUÇÃO	5
GLOSSÁRIO	6
A. CONCEITOS REFERENTES À AUTORIZAÇÃO	6
B. CONCEITOS REFERENTES AO FATURAMENTO	7
1. INFORMAÇÕES GERAIS	8
1.1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	8
1.2. TABELA DE HONORÁRIOS ODONTOLÓGICOS (THO)	9
2. PEDIDO E FORMULÁRIOS PADRONIZADOS DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	10
2.1. PEDIDO ODONTOLÓGICO	10
2.2. GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO – GTO	10
2.3. PERIOGRAMA	10
2.4. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE.....	11
3. AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS	12
3.1. TIPOS DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS	12
3.1.1. <i>Procedimentos de Execução Direta</i>	12
3.1.2. <i>Negativas</i>	12
3.2. PRAZO PARA ANÁLISE DAS NEGATIVAS	13
4. PLANO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	14
5. CONSULTAS	15
6. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	16
6.1. CRITÉRIOS GERAIS POR ESPECIALIDADE	16
6.1.1. <i>Cirurgia</i>	16
6.1.2. <i>Dentística</i>	17
6.1.3. <i>Endodontia</i>	17
6.1.4. <i>Odontopediatria</i>	17
6.1.5. <i>Periodontia</i>	18
6.1.6. <i>Prótese</i>	18
6.1.7. <i>Procedimentos Laboratoriais</i>	18
6.1.8. <i>Radiologia</i>	19
6.1.9. <i>Urgência</i>	19
7. FATURAMENTO	20
7.1. REGRAS GERAIS	20
7.2. ENVIO DAS CONTAS PARA FATURAMENTO	20
7.3. AUDITORIA DE CONTAS	21
7.3.1. <i>Radiografias exigidas para Auditoria de Contas</i>	22
7.3.1.1. <i>Padrões para envio de radiografia</i>	22
7.3.2. <i>Fotos para auditoria</i>	23
7.3.2.1. <i>Padrões para envio de foto</i>	23
7.4. PROCESSAMENTO E PAGAMENTO	24
7.5. RECURSO DE GLOSA	27
7.5.1. <i>Prazo para apresentação do recurso de glosa</i>	27
7.5.2. <i>Apresentação do Recurso de Glosa</i>	27
7.5.3. <i>Motivos de glosa não passíveis de recurso</i>	27
7.5.4. <i>Prazo de resposta do recurso</i>	28
8. ANEXO I	29
8.1 TABELA DE COMPATIBILIDADE - PRÓTESE ODONTOLÓGICA	29

9.	ANEXO II	30
9.1	COMPOSIÇÃO DO CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO	30
9.2	TABELA DE COMPATIBILIDADE – DENTE/FACE/REGIÃO	31
9.2.1	CIRURGIA 1	31
9.2.2	CIRURGIA 2	32
9.2.3	DENTÍSTICA	33
9.2.4	DENTÍSTICA 2	34
9.2.5	ENDODONTIA	36
9.2.6	ODONTOPEDIATRIA	36
9.2.7	PERIODONTIA	37
9.2.8	PROCEDIMENTOS GERAIS	37
9.2.9	PROMOÇÃO DE SAÚDE	40
9.2.10	PRÓTESE	41
9.2.11	PRÓTESE – LABORATÓRIO	41
9.2.12	RADIOLOGIA	42
10.	ANEXO III	43
10.1.	TABELA DE LONGEVIDADE	43
10.1.1.	CIRURGIA 1	43
10.1.2.	CIRURGIA 2	44
10.1.3.	DENTÍSTICA 1	45
10.1.4.	DENTÍSTICA 2	45
10.1.5.	ENDODONTIA	46
10.1.6.	ODONTOPEDIATRIA	47
10.1.7.	PERIODONTIA	47
10.1.8.	PROCEDIMENTOS GERAIS	48
10.1.9.	PROMOÇÃO DE SAÚDE	49
10.1.10.	PRÓTESE	50
10.1.11.	RADIOLOGIA	50

INTRODUÇÃO

O Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) possui, entre suas finalidades, a prestação de assistência médica, hospitalar e odontológica a seus beneficiários.

Com objetivo de prestar serviços integrados de atenção à saúde de forma regionalizada aos seus beneficiários, o Instituto, além de contar com sua rede própria, possui, ainda, uma extensa rede de prestadores credenciados, composta de hospitais, consultórios médicos e odontológicos, laboratórios e clínicas de especialidades. Assim, visando a assegurar a qualidade e sustentabilidade deste serviço e entendendo a importância do relacionamento adequado e transparente com os prestadores, elaborou-se este Manual de Normas para Regulação, Auditoria e Faturamento.

Este manual tem por objetivo orientar e esclarecer os prestadores do IPSEMG quanto às regras ligadas a regulação, auditoria e faturamento de contas odontológicas, na busca pela otimização dos processos administrativos, a fim de manter o equilíbrio entre a demanda por assistência à saúde e qualidade dos serviços prestados e os recursos disponíveis.

GLOSSÁRIO

A. CONCEITOS REFERENTES À AUTORIZAÇÃO

Beneficiário - pessoa física que detém o direito de utilizar os serviços de saúde oferecidos pelo IPSEMG, seja em sua rede própria de atendimento ou na rede credenciada. Também são identificados como: associados, segurados, dependentes ou pacientes.

Cancelamento - é uma transação que invalida uma prévia autorização do sistema.

Carência - é o tempo que transcorre entre a inclusão do beneficiário na Assistência à Saúde prestada pelo Instituto e a possibilidade de usufruir determinado serviço coberto por esta Assistência.

Central de Regulação (CREG) - unidade do IPSEMG responsável pelas avaliações de solicitações de pré-autorização de procedimentos classificados na Tabela de Procedimentos Odontológicos do IPSEMG como “controlado”. Horário de funcionamento: segunda a sexta de 7h às 19h.

Especialidade - determina a área específica de atuação do prestador, do profissional solicitante e do profissional executante.

Execução de Pré-Autorizada - transação eletrônica para procedimentos que requerem senha de autorização emitida pela Central de Regulação do IPSEMG. Nesse tipo de transação o prestador deve solicitar previamente a autorização do IPSEMG para o atendimento ao beneficiário.

Execução de Procedimento - transação eletrônica que não requer senha de autorização emitida pela Central de Regulação do IPSEMG e, portanto, pode ser executada diretamente no SAFE.

Formulário - impresso padronizado para solicitação de procedimentos diversos, disponível no *site* do IPSEMG, *menu Saúde / Prestador de Serviço de Saúde / Faturamento e Formulários*.

Guia de Tratamento Odontológico - formulário onde se registra o planejamento e execução do tratamento do paciente.

Matrícula - número que identifica a pessoa física ou jurídica cadastrada no IPSEMG. Pode se referir ao beneficiário ou ao prestador de serviços.

Negativa - resposta do sistema para cada um dos procedimentos que não atenderam aos requisitos de validação das regras de negócio do IPSEMG, dentro de uma transação. A negativa nem sempre é impedimento para o atendimento ao beneficiário, podendo indicar que o prestador deve submeter, previamente, o atendimento à avaliação da Central de Regulação.

Número de Autorização - número gerado pelo sistema que indica a validação das regras de negócio do IPSEMG e a aprovação do procedimento.

Plano de Tratamento - conjunto de procedimentos planejados para o paciente.

Prestador - pessoa física ou jurídica, contratada pelo IPSEMG para a prestação de serviços de saúde a seus beneficiários.

Profissional Executante - profissional de saúde que atende o paciente, realizando o exame, a consulta, o procedimento ou tratamento.

Profissional Solicitante - profissional de saúde que solicita ao paciente o exame, a consulta, o procedimento ou tratamento.

Procedimento - item codificado da Tabela de Procedimentos Odontológicos do IPSEMG que define o atendimento a ser prestado ao beneficiário.

Regras de Negócio - regras específicas da área de saúde do IPSEMG que definem as diretrizes da assistência. Algumas dessas regras são parametrizadas no sistema e são requisitos para a conclusão da transação.

SAFe - Sistema de Autorização e Faturamento Eletrônico.

Senha - número gerado pelo sistema que, quando digitado, traz todos os dados do procedimento autorizado pela Central de Regulação do IPSEMG. Essa senha deve ser executada no sistema em uma transação de execução de pré-autorizada.

Solicitação - recurso do sistema que permite ao prestador enviar ao IPSEMG pedido de autorização para atendimento aos beneficiários nos casos definidos pelo Instituto.

Tabela de Honorários Odontológicos (THO) - relação de procedimentos cobertos pela assistência à saúde do IPSEMG contendo código, descrição, valores e outras regras relativas a cada item.

Transação - conjunto de operações delimitadas pelas regras de negócio determinadas pelo IPSEMG. Processo de inserção dos dados no sistema, envio da informação, validação de regras e retorno de uma resposta ao usuário.

B. CONCEITOS REFERENTES AO FATURAMENTO

Remessa - conjunto de contas de vários beneficiários atendidos por um prestador. As remessas devem ser geradas pelo SAFe. Cada remessa deve conter somente informações de uma mesma competência.

Competência - mês do atendimento.

Teto - valor total do contrato do prestador, dividido pelo número de meses de sua vigência. O teto fixa o limite mensal de valor financeiro que o prestador tem disponível para realização de atendimentos aos beneficiários do IPSEMG.

1. INFORMAÇÕES GERAIS

O rol de procedimentos ofertados pela Assistência à Saúde do IPSEMG aos seus beneficiários é aquele previsto na Tabela de Honorários Odontológicos (THO).

Todo o processo de autorização de procedimentos e faturamento eletrônico dos serviços prestados aos beneficiários do IPSEMG é realizado por meio do Sistema de Autorização e Faturamento Eletrônico (SAFe), sistema esse que deve ser utilizado obrigatoriamente por todos os prestadores credenciados e da rede própria do Instituto.

O SAFe está disponível no endereço eletrônico safe.ipsemg.mg.gov.br e, para acessá-lo, é necessário o uso de *login* e senha disponibilizados ao prestador pelo IPSEMG. Para informações detalhadas sobre a operacionalização do SAFe, o prestador pode acessar o portal do SAFe, disponível no *site* do Instituto, *menu Saúde / Prestador de Serviço de Saúde / Portal do SAFe*. Nesse portal estão disponíveis tutoriais, vídeos de treinamento e manual contendo as funcionalidades do SAFe. Para suporte telefônico o prestador de serviço pode entrar em contato com a Central de Atendimento LigMinas 155, selecionando a opção *Serviços do IPSEMG / Suporte ao Sistema SAFe*.

1.1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

O beneficiário terá direito a todos os tipos de atendimentos previstos na Tabela de Honorários Odontológicos, desde que contemplados no contrato do prestador e validados pelo SAFe, de acordo com as regras de negócio da Instituição parametrizadas no sistema.

Antes da realização de qualquer atendimento, o prestador deve validar o direito à saúde do beneficiário no SAFe, de modo a confirmar sua adesão ao plano. O IPSEMG não se responsabiliza por atendimentos realizados a pacientes sem direito à assistência à saúde.

Para atendimento, o beneficiário deve apresentar o cartão da assistência à saúde do IPSEMG e documento de identidade que contenha foto.

Figura 01 – Modelo de cartão de assistência à saúde do IPSEMG



1.2. TABELA DE HONORÁRIOS ODONTOLÓGICOS (THO)

O IPSEMG remunera os serviços odontológicos por meio de procedimento com valores pré-fixados. Os procedimentos e seus respectivos valores constam na THO, conforme figura 02.

A THO está disponível no *site* do Instituto *menu Saúde / Prestador de Serviço de Saúde / Tabelas de Procedimentos e Manual de Normas*.

Figura 02 – Modelo da THO



TABELA PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO - IPSEMG/2016
PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO

OBSERVAÇÕES DA TABELA

CIRURGIA 1					
Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência	Controlado
6003	BIÓPSIAS INCISIONAIS E EXCISIONAIS	Já incluída remoção de Sutures e a Consulta para entrega do resultado do exame. Obrigatório registro da área envolvida.	87,58	NÃO	NÃO
2017	EXODONTIA VIA NAO ALVEOLAR OU A RETALHO	Necessária radiografia inicial para auditoria.Por elemento dental.Incluído o acesso cirúrgico e remoção de suturas e a alveoplastia,quando indicada.Indicação:dentes com coroas e/ou raízes fraturadas e/ou fragilizadas.Dentes Anquilosados não Incluídos.Dentes com raízes: com hiperementose;dilatação;em contato com seio maxilar;raízes amplamente divergentes e com curvaturas acentuadas.Presença de osso alveolar espesso ou denso.E nos casos de acidentes trans operatórios na exodontia via alveolar.	57,95	NÃO	NÃO
2012	BRIDECTOMIA/ FRENECTOMIA/FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR	Somente após irrupção dos caninos permanentes superiores (dentes 13 e 23) ou Indicação por escrito do Ortodontista.	50,83	NÃO	NÃO

Legenda das colunas:

- **CÓDIGO**
Referência numérica que identifica o procedimento.
- **DESCRIÇÃO**
Descritor do procedimento.
- **REGRA DE AUDITORIA**
Descreve as regras de auditoria e faturamento relacionadas ao procedimento.
- **TOTAL**
Indica o valor do procedimento.
- **URGÊNCIA**
Sim: código correspondente a procedimento de urgência.
Não: código correspondente a procedimento eletivo.
- **CONTROLADO**
Sim: indica os procedimentos que devem ser submetidos à avaliação prévia da Central de Regulação do IPSEMG, sendo sua execução no SAFE condicionada à emissão de senha de autorização.
Não: indica os procedimentos que podem ser executados diretamente no SAFE sem a necessidade de serem submetidos previamente à análise da Central de Regulação do IPSEMG.

2. PEDIDO E FORMULÁRIOS PADRONIZADOS DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Com o objetivo de padronizar os atendimentos e a auditoria de contas da assistência odontológica do IPSEMG é necessária a utilização dos formulários abaixo, conforme o caso:

- Pedido odontológico
- Guia de Tratamento Odontológico – GTO – IP1415
- Periograma (Ficha Periodontal) – IP1416
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – IP1412 e IP1413
- Quebra de Regra Odontológica – IP1417

Os formulários estão disponíveis no *site* do Instituto, *menu Saúde / Prestador de Serviço de Saúde / Faturamento e Formulários*.

2.1. PEDIDO ODONTOLÓGICO

Para realização de procedimentos radiológicos pelas clínicas radiológicas credenciadas ou de procedimentos laboratoriais (quando for o caso) é indispensável a apresentação do pedido odontológico. O pedido deve conter, obrigatoriamente, as seguintes informações:

- Nome completo do beneficiário (paciente);
- Código ou descrição do procedimento conforme THO e quantidade;
- Data do pedido;
- Justificativa (para os casos previstos na THO);
- Identificação legível (nome e nº do CRO) ou carimbo do profissional solicitante;
- Assinatura do profissional solicitante.

O Pedido Odontológico tem validade de **90 (noventa) dias** a partir da data de sua emissão. Não serão aceitos pedidos com rasuras e/ou pedidos em formulário pré-impresso (marcação com “x”).

O IPSEMG aceita somente pedidos de dentistas. Contas enviadas para faturamento com pedidos assinados por quaisquer outros profissionais da saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, dentre outros) serão glosadas.

2.2. GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO – GTO

A Guia de Tratamento Odontológico (GTO) é o formulário onde deve ser registrado o Plano de Tratamento do paciente (ver item 04). A GTO não substitui o prontuário, que deve ser mantido atualizado pelo prestador em seu consultório.

2.3. PERIOGRAMA

Para realização dos procedimentos de Periodontia indicados abaixo é indispensável a apresentação do Periograma devidamente preenchido:

- 6002 / 6004 – Cirurgia a Retalho;
- 6005 – Curetagem de bolsas Periodontais com alisamento radicular.

Contas nas quais constarem esses códigos enviadas para faturamento sem o Periograma serão glosadas.

2.4. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

O Termo de Esclarecimento e Responsabilidade é o instrumento criado para resguardar o profissional e o paciente dos riscos de um determinado procedimento de prognóstico duvidoso. Havendo essa condição clínica reservada ou no caso de intercorrência durante o tratamento será indispensável o envio do mesmo.

O IPSEMG possui dois modelos de Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, um para casos clínicos (IP 1412) e um para casos de Endodontia (IP 1413). Os formulários devem estar devidamente preenchidos, com a indicação dos riscos correspondentes à situação do paciente e o campo de observação deve ser usado para prestar informações complementares, se necessário. Contas enviadas com Termo de Esclarecimento e Responsabilidade com rasuras e/ou sem assinatura do beneficiário ou representante serão glosadas.

Cabe ao profissional esclarecer ao paciente ou ao representante sobre o conteúdo do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, por meio de uma linguagem compreensível para o paciente, que desta forma terá segurança suficiente para assiná-lo.

O envio do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade não garante o pagamento do serviço prestado. Serão considerados todos os aspectos técnicos necessários à realização do procedimento para validação ou não da conta pela Auditoria de Contas.

2.5. QUEBRA DE REGRA ODONTOLÓGICA

O formulário de Quebra de Regra Odontológica deve ser utilizado para solicitação de avaliação de “negativa” pelo prestador. O formulário devidamente preenchido será submetido ao Dentista Regulador da Central de Regulação, que poderá autorizar ou não a quebra de regra (ver item 3.1.2).

3. AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Todos os procedimentos contemplados na Tabela de Honorários Odontológicos - THO do IPSEMG são regulados via Sistema de Autorização e Faturamento Eletrônico - SAFe, seja por meio da validação das regras de negócio do IPSEMG, aplicadas aos procedimentos de execução direta, seja por meio da autorização prévia emitida pela Central de Regulação do IPSEMG.

A solicitação de autorização deve ser feita pelo prestador de serviço que realizará o procedimento.

3.1. TIPOS DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

3.1.1. Procedimentos de Execução Direta

Os procedimentos da THO estão classificados como “não controlados” e, portanto, não necessitam de autorização prévia para sua realização e podem ser executados diretamente no SAFe. Para execução deste tipo de procedimento o prestador deve acessar o SAFe, *menu Autorização / Execução de Procedimento*. Nesse caso, a regulação é feita por meio das regras de negócio parametrizadas no SAFe, as quais são verificadas e validadas pelo sistema autorizador.

Para cada campo preenchido, o sistema valida as regras de negócio e retorna mensagem correspondente à validação. A ocorrência de “negativa” do sistema indica que uma ou mais regras não foram atendidas (ver item 3.1.2). Nessa situação, o procedimento deve ser submetido à avaliação da Central de Regulação, via SAFe.

3.1.2. Negativas

Com o objetivo de equalizar a oferta dos serviços ao beneficiário, o IPSEMG adota critérios no processo de regulação assistencial que determina um limite de execução de procedimentos, sem necessidade de autorização prévia. Este limite estabelecido para cada beneficiário, para execução direta, é dimensionado com base no perfil (etário e epidemiológico), bem como nos parâmetros preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

As “negativas” ocorrem quando regras relacionadas à carência, idade, sexo, quantidade prevista de execução e teto não foram atendidas e, por isso, tais procedimentos precisam ser submetidos à avaliação da Central de Regulação. Dessa forma, é importante ressaltar que o IPSEMG, através do SAFe, não nega a realização do procedimento e sim, indica a necessidade de sua submissão à análise da equipe técnica de regulação.

As avaliações de “negativas” são realizadas pela Central de Regulação do IPSEMG.

Para solicitação de análise de “negativa”, o prestador deve enviar para o endereço de e-mail regulacao.odonto@ipsemg.mg.gov.br o formulário de Quebra de Regra Odontológica (IP1417), devidamente preenchido e assinado pelo dentista, anexando ainda os exames, relatórios e radiografias existentes que justifiquem o pedido de autorização para realização do procedimento, conforme regra extrapolada.

Se autorizado o pedido de avaliação de “negativa”, o prestador receberá via e-mail uma senha de autorização, que deve ser executada no SAFE, *menu Autorização / Execução pré-autorizada*, quando da realização do atendimento.

3.2. PRAZO PARA ANÁLISE DAS NEGATIVAS

A Central de Regulação analisa as solicitações de avaliação de “negativas” no prazo de até 48 horas.

É importante ressaltar que o cumprimento dos prazos está condicionado ao atendimento das exigências de todas as informações e documentos necessários para avaliação do Dentista Regulador.

Somente são avaliados os procedimentos constantes da THO, vigentes na data da avaliação e autorizados no contrato do prestador credenciado.

As solicitações serão avaliadas dentro do horário de funcionamento da Central de Regulação - segunda a sexta-feira de 07h às 19h. O Dentista Regulador encaminhará a resposta via e-mail, informando sobre o deferimento ou indeferimento da solicitação.

4. PLANO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

O Plano de Tratamento Odontológico é o conjunto de procedimentos planejados para o paciente e deve ser registrado na GTO. Deve ser utilizada a mesma GTO do início ao fim do tratamento.

Na primeira consulta o prestador deve preencher a GTO com o Plano de Tratamento, que deve estar completo com todos os códigos e valores dos procedimentos que se pretende realizar até a alta do paciente.

À medida que cada procedimento for sendo realizado, o campo “Data” deve ser preenchido. O registro da realização dos atendimentos na GTO deve ser fidedigno à data de execução do procedimento.

Todo procedimento deve ser executado no SAFe na data de sua realização. Essa autorização deve ser impressa e assinada pelo beneficiário ou seu representante devidamente identificado (colocar nº de documento e grau de parentesco ou vínculo).

Caso o beneficiário seja menor de 18 anos, deve estar acompanhado de um representante maior que assinará a autorização emitida pelo SAFe e a GTO.

A assinatura do beneficiário (ou representante) deve estar conforme documento de identificação apresentado. Guias assinadas por representante não identificado serão glosadas. É proibida a solicitação antecipada ou posterior da assinatura do beneficiário.

Campos rasurados, em branco ou não preenchidos adequadamente nas Guias de Tratamento Odontológico (GTO) serão glosados.

Caso o número de linhas disponível na GTO não seja suficiente para o número de procedimentos, deve ser impressa outra via para dar continuidade ao Plano de Tratamento.

Caso o tratamento planejado não tenha sido concluído na data de fechamento e envio do faturamento, deve ser encaminhada ao IPSEMG a cópia legível da GTO para fins de auditoria. O documento original deve ser enviado somente ao término do tratamento, constando no campo “Observação” que se trata da alta do paciente. Não é permitido “fragmentar” o Plano de Tratamento enviando uma GTO parcial a cada mês.

É necessária a assinatura e o carimbo do dentista na GTO, no campo específico para esse fim. No caso de clínicas com mais de uma especialidade, todos os dentistas envolvidos no tratamento devem assinar esse mesmo campo.

5. CONSULTAS

A consulta é um procedimento de execução direta e deve ser autorizada no SAFe, *menu Autorização/ Execução de Procedimento*, antes da realização do atendimento. Caso a consulta não seja autorizada, o relatório gerado pelo SAFe irá trazer informações com o motivo da negativa da transação. Para solicitar avaliação de “Negativa”, ver item 3.1.2.

A consulta deve ser executada no SAFe na data de sua realização. Essa autorização deve ser impressa e assinada pelo beneficiário ou seu representante devidamente identificado (colocar nº de documento e grau de parentesco ou vínculo). Caso o beneficiário seja menor de 18 anos, deve estar acompanhado de um representante maior que assinará a Guia de Autorização.

A assinatura do beneficiário (ou representante) deve estar conforme documento de identificação apresentado. Guias assinadas por representante não identificado serão glosadas. É proibida a solicitação antecipada ou posterior da assinatura do beneficiário.

As consultas odontológicas são remuneradas na quantidade de 01 (uma) a cada 180 (cento e oitenta) dias. Outras consultas necessárias dentro desse período, com o mesmo profissional, são consideradas consultas odontológicas de retornos, controle e acompanhamentos e, portanto, não são remuneradas.

O código da consulta deve ser registrado na Guia de Tratamento Odontológico (GTO), junto com os demais códigos dos procedimentos planejados para o paciente (Plano de Tratamento).

Quando o prestador identificar a necessidade de encaminhar o paciente a um especialista antes de planejar o tratamento, deve registrar na Guia de Tratamento Odontológico apenas a consulta, justificando no campo “Observação” que o paciente foi encaminhado para outro profissional. A cobrança de consulta não acompanhada do Plano de Tratamento e sem justificativa será glosada.

O não comparecimento do beneficiário invalida a cobrança da consulta.

Campos rasurados, em branco ou não preenchidos adequadamente nas Guias de Tratamento Odontológico (GTO) serão glosados.

Para faturamento e auditoria de consultas, o prestador deve apresentar ao IPSEMG:

- Listagem de contas impressa em formato paisagem (remessa SAFe impressa com status “Exportada”);
- Autorização emitida pelo SAFe impressa e assinada pelo beneficiário (ou representante); e
- Guia de Tratamento Odontológico (GTO) devidamente preenchida e assinada pelo beneficiário (ou representante) e pelo prestador.

6. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Os procedimentos odontológicos são de execução direta e devem ser autorizados no SAFe, *menu Autorização / Execução de Procedimento*, antes da realização do atendimento. Caso o procedimento não seja autorizado, o relatório gerado pelo SAFe irá trazer informações com o motivo da negativa da transação. Para solicitar avaliação de “Negativa” (ver item 3.1.2).

Os procedimentos odontológicos serão pagos de acordo com o código da THO específico para este fim. Os critérios para cobrança de cada um dos códigos devem ser observados antes da execução do procedimento.

Os códigos dos procedimentos planejados para o paciente devem ser registrados na GTO. O prestador deverá preencher o campo “Data” à medida que os procedimentos forem realizados (ver item 04).

Todo procedimento deve ser executado no SAFe na data de sua realização. Essa autorização deve ser impressa e assinada pelo beneficiário ou seu representante devidamente identificado (colocar nº de documento e grau de parentesco ou vínculo).

Caso o beneficiário seja menor de 18 anos, deve estar acompanhado de um representante maior que assinará a autorização emitida pelo SAFe e a GTO.

A assinatura do beneficiário (ou representante) deve estar conforme documento de identificação apresentado. Guias assinadas por representante não identificado serão glosadas. É proibida a solicitação antecipada ou posterior da assinatura do beneficiário.

Campos rasurados, em branco ou não preenchidos adequadamente nas Guias de Tratamento Odontológico (GTO) serão glosados.

Para faturamento e auditoria de procedimentos odontológicos, o prestador deve apresentar ao IPSEMG:

- Listagem de contas impressa em formato paisagem (remessa SAFe impressa com status “Exportada”);
- Autorização emitida pelo SAFe impressa e assinada pelo beneficiário (ou representante);
- Guia de Tratamento Odontológico (GTO) devidamente preenchida e assinada pelo beneficiário (ou representante) e pelo prestador; e
- Pedido Odontológico (apenas para clínicas radiológicas e laboratórios odontológicos).

6.1. CRITÉRIOS GERAIS POR ESPECIALIDADE

6.1.1. Cirurgia

Em todas as intervenções cirúrgicas estão previstos: preparo pré-operatório, acompanhamento pós-operatório, remoção de sutura, troca de cimento cirúrgico, eventuais curativos.

Em casos de elementos extranumerários, utilizar a nomenclatura: 19, 29, 39 e 49. Acima de 01(um) extranumerário por hemiarco, a autorização para exodontia deve ser solicitada através de Quebra de Regra.

6.1.2. Dentística

Não há cobertura para substituição de restaurações, exclusivamente, por motivo estético.

O procedimento restaurador será considerado por dente e a quantidade de faces deve ser compatível com o código correspondente.

A fotografia pode ser utilizada em casos de fratura, clareamento, microabrasão, cavidades vestibulares ou estritamente oclusais.

Para beneficiários com grande demanda de restaurações previstas para o seu tratamento completo (acima de 04) será necessário o envio de radiografia inicial.

6.1.3. Endodontia

A viabilidade endodôntica, as condições periodontais e a possibilidade de reabilitação e manutenção do elemento dental devem ser considerados antes do início do tratamento endodôntico.

Em caso de prognóstico duvidoso ou intercorrências durante o tratamento, deve ser enviado junto com as radiografias o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

A radiografia final do tratamento endodôntico deve ser do dente sem grampo de isolamento e com os cones cortados. Deve permitir a visualização da região periapical e dos condutos obturados sem sobreposição das raízes.

Os condutos radiculares devem estar devidamente ampliados, com formato cônico, preenchimento e condensação adequados dentro do limite apical, e sem presença de bolhas e/ou falta de material obturador intracanal.

Nos tratamentos e retratamentos endodônticos os selamentos das cavidades já estão incluídos no valor do procedimento. Poderão ser cobradas até 04 (quatro) radiografias periapicais para tratamentos/retratamentos endodônticos de incisivos, caninos e pré-molares e até 06 (seis) radiografias periapicais para tratamentos/retratamentos endodônticos de molares.

6.1.4. Odontopediatria

Para pacientes com até 06 anos completos não há necessidade do envio de radiografia, exceto nos casos de tratamento endodôntico, pulpotomia e restaurações indiretas. Para esses casos, é necessário o envio de RX inicial e/ou final, independentemente da idade do paciente.

As restaurações diretas devem ser realizadas em casos de infiltração, fraturas e lesões cariosas comprovadas em dentina. Sulcos profundos, lesões de mancha branca inativas e lesões em esmalte devem ser controlados.

As substituições de restaurações por motivos estéticos não são cobertas. Para beneficiários com grande demanda de restaurações (acima de 04) será necessário o envio de radiografia.

6.1.5. Periodontia

A raspagem subgengival está indicada para tratamento das bolsas periodontais como Terapia Básica e como Terapia de Suporte Periodontal (manutenção periodontal). Não é permitida a realização de raspagem subgengival em mais de 02 hemiarcos por sessão.

A cirurgia periodontal poderá ser realizada somente após a raspagem subgengival, respeitando um período de, no mínimo, 30 dias. Não é permitida a realização de cirurgia em mais de 02 hemiarcos por sessão.

Para realização dos procedimentos de Periodontia indicados abaixo é indispensável a apresentação do Periograma devidamente preenchido:

- 6002 / 6004 – Cirurgia a Retalho;
- 6005 – Curetagem de bolsas Periodontais com alisamento radicular.

6.1.6. Prótese

As restaurações indiretas estão indicadas em caso de extenso comprometimento coronário, principalmente das cúspides funcionais, não passível de reconstrução direta.

A remuneração da restauração indireta está condicionada a: tratamento endodôntico satisfatório, viabilidade periodontal, núcleo metálico fundido ou pino em comprimento adequado, conforme evidências científicas.

6.1.7. Procedimentos Laboratoriais

Para cobrança dos procedimentos de Laboratório de Prótese, o prestador deve consultar a Tabela de Compatibilidade – Prótese Odontológica, disponível no *site* do IPSEMG, www.ipsemg.mg.gov.br, *menu Saúde / Prestador de Serviço de Saúde / Tabela de Procedimentos*.

Na Tabela de Compatibilidade – Prótese Odontológica constam informações das próteses de laboratório odontológico passíveis de serem utilizados com os procedimentos clínicos da THO, bem como uma referência da quantidade estabelecida para uso de cada prótese.

Os procedimentos laboratoriais serão pagos de acordo com o código da THO específico para este fim. Os critérios para cada código devem ser observados antes da execução do procedimento.

Os códigos dos procedimentos laboratoriais planejados para o paciente devem ser registrados na GTO.

A execução dos procedimentos de laboratório de prótese no SAFe deve ser realizada na mesma competência do procedimento clínico (cimentação da prótese). Caso contrário, o código laboratorial será glosado.

O código de laboratório deverá ser executado na data da moldagem e o código do procedimento clínico na data da cimentação, sempre respeitando a mesma competência do atendimento.

Em caso de glosa do procedimento clínico, automaticamente será glosado o procedimento laboratorial.

Todo procedimento deve ser executado no SAFe na data de sua realização. Essa autorização deve ser impressa e assinada pelo beneficiário ou seu representante devidamente identificado (colocar nº de documento e grau de parentesco ou vínculo).

Caso o beneficiário seja menor de 18 anos, deve estar acompanhado de um representante maior que assinará a autorização emitida pelo SAFe e a GTO.

A assinatura do beneficiário (ou representante) deve estar conforme documento de identificação apresentado. Guias assinadas por representante não identificado serão glosadas. É proibida a solicitação antecipada da assinatura do beneficiário.

No caso de prestadores do ramo laboratório, é indispensável a apresentação do pedido odontológico (ver item 2.1).

6.1.8. Radiologia

O padrão técnico das radiografias (angulação, nitidez e contraste) é fundamental para o correto diagnóstico e avaliação dos procedimentos realizados.

Além dos cuidados técnicos, as radiografias odontológicas devem ser acondicionadas em cartelas ou plásticos apropriados etiquetados, com o intuito de facilitar o manuseio e a avaliação.

A execução no SAFe e cobrança dos procedimentos de radiologia estão condicionados a apresentação de pedido odontológico (ver item 2.1).

6.1.9. Urgência

Os procedimentos classificados na THO como Urgência “SIM” podem ser cobrados nos atendimentos de urgência.

A consulta e/ou procedimentos de urgência não podem ser lançados com procedimentos eletivos. Após a realização da urgência, o beneficiário deve ser encaminhado para tratamento eletivo.

Em casos excepcionais de realização de procedimento odontológico de urgência em consultório, o prestador deve apresentar uma GTO separada para aquele procedimento, constando a justificativa da urgência. Se constatada a cobrança de código de urgência e eletivos numa mesma GTO, o código de urgência será glosado.

7. FATURAMENTO

O IPSEMG adota, como padrão, o faturamento eletrônico das contas, transmitidas por meio do SAFE. Somente os procedimentos autorizados e enviados ao IPSEMG por meio do sistema de autorização e faturamento eletrônico do Instituto – SAFE, serão auditados, processados e, se devido, pagos. Não são aceitas contas encaminhadas de forma manual e/ou sem autorização.

A seguir são descritas as regras básicas para apresentação do faturamento de acordo com o tipo de atendimento realizado e ramo do prestador. Todos os formulários mencionados neste manual e necessários ao processo de faturamento estão disponíveis no *site* do Instituto, *menu Saúde / Prestador de Serviço de Saúde / Faturamento e Formulários*.

7.1. REGRAS GERAIS

Todo prestador da rede credenciada do IPSEMG possui um teto mensal o qual deve ser diariamente acompanhado por meio do SAFE. Os atendimentos realizados pelo prestador credenciado no mês estão limitados ao seu teto contratual.

Ao atingir seu teto contratual, o prestador não consegue incluir/autorizar novos atendimentos no SAFE e, ao tentar executar qualquer procedimento, o sistema retorna a mensagem de “Prestador atingiu limite de valor mês”. Nestes casos, o prestador deve reagendar o atendimento.

O período de atendimento considerado para fins de faturamento da assistência à saúde do IPSEMG é mensal, iniciando no primeiro e finalizando no último dia de cada mês.

O envio de contas ao IPSEMG pelo prestador credenciado para faturamento está limitado ao prazo de 180 dias contados da data do atendimento.

O IPSEMG trabalha com um sistema de autorização (SAFE) em plataforma *web*, que realiza todos os registros em tempo real, sendo impossível solicitar autorização ou executar procedimentos retroativamente. Para evitar transtornos relacionados ao faturamento, o prestador deve sempre executar os procedimentos no SAFE antes de realizar o atendimento.

É imprescindível que o prestador faça a execução tempestiva (na data da realização) dos procedimentos no SAFE, pois o sistema possui todas as regras de negócio da assistência à saúde do IPSEMG parametrizadas, indicando ao prestador se o atendimento daquele beneficiário ou se a realização de determinado procedimento está ou não autorizado. Atendimentos não autorizados no SAFE, não são processados ou mesmo pagos.

O IPSEMG não se responsabiliza por possíveis prejuízos motivados pelo prestador que não enviar corretamente o faturamento de suas contas.

7.2. ENVIO DAS CONTAS PARA FATURAMENTO

O faturamento dos prestadores de Odontologia (laboratórios, clínicas, consultórios e pessoa física) é gerado e enviado ao IPSEMG pelo SAFE por meio da ferramenta de geração de remessa.

É da responsabilidade do prestador que realiza o atendimento a conferência da documentação do segurado, bem como a autenticidade e validade dela, sob pena de implicações no processamento da conta e impedimento do pagamento nos casos de documentação incorreta ou inválida (ver item 1.1).

Para envio do faturamento ao IPSEMG, o prestador deve primeiramente gerar a remessa no SAFe, visualizando/imprimindo a listagem de contas para conferência da documentação comprobatória exigida, conforme o caso.

A remessa deve ser impressa em ordem alfabética e, no caso dos profissionais do Quadro do IPSEMG, classificadas também por CRO dos profissionais.

A remessa deve ser encaminhada juntamente com todas as Guias de Tratamento Odontológicas (GTO) acompanhadas dos documentos adicionais pertinentes a cada procedimento/especialidade (radiografias, Periogramas etc.), tudo em ordem alfabética.

Após confronto das contas, o prestador deve enviar eletronicamente a remessa gerada no SAFe e imprimir o *Protocolo* de envio. O *Protocolo* deve ser obrigatoriamente entregue com a documentação física na Unidade Regional do IPSEMG responsável pelo faturamento do prestador.

Somente serão recebidos processos físicos de remessas com status “exportada” no SAFe.

7.3. AUDITORIA DE CONTAS

No momento do envio eletrônico do faturamento por meio do SAFe, as contas cobradas pelo prestador passam por um primeiro conjunto de regras de auditoria parametrizadas no sistema de faturamento do IPSEMG. Concluída esta etapa, inicia-se, então, a auditoria das contas pela equipe administrativa e técnica do IPSEMG.

A auditoria de contas do IPSEMG trabalha com base nas regras descritas neste Manual de Normas e na versão atualizada da THO. O desconhecimento das normas de regulação, auditoria e faturamento da assistência à saúde não é aceito como justificativa por erros causados/prejuízos motivados pelo próprio prestador.

Abaixo segue listada a documentação a ser apresentada, de acordo com o tipo de atendimento realizado:

Para dentistas e clínicas odontológicas:

- Protocolo de envio de remessa SAFe;
- Listagem de contas impressa em formato paisagem (remessa SAFe impressa com status “Exportada”) - (ver item 7.2);
- Autorização emitida pelo SAFe impressa e assinada pelo beneficiário (ou representante);
- Guias de Tratamento Odontológico (GTO) dos beneficiários listados na remessa, devidamente preenchidas e assinadas pelo beneficiário (ou representante) e pelo prestador; e
- Documentos pertinentes a cada procedimento realizado, de acordo com as regras da Tabela e do Manual (radiografia, Periograma, Termo de Esclarecimento e Responsabilidade etc).

Para clínicas radiológicas e laboratórios odontológicos:

- Protocolo de envio de remessa SAFE;
- Listagem de contas impressa em formato paisagem (remessa SAFE impressa com status “Exportada”) - (ver item 7.2);
- Autorização emitida pelo SAFE impressa e assinada pelo beneficiário (ou representante);
- Pedido Odontológico original (apenas para clínicas radiológicas e laboratórios odontológicos), conforme orientações do item 2.1.

Toda a documentação comprobatória entregue ao IPSEMG em conjunto com as contas é conferida pela equipe de auditores que validará ou não as contas. Uma vez realizada a glosa pela equipe de Auditoria de Contas, o prestador somente poderá rediscutir sobre o pagamento da conta por meio da protocolização de Recurso de Glosa (ver item 7.5).

Caso o prestador não envie os documentos exigidos conforme regras contidas neste Manual de Normas, as contas serão glosadas. Quando a Auditoria de Contas julgar inviável a avaliação das contas por ausência de documentação, essas poderão ser devolvidas ao prestador para regularização.

Procedimentos executados no SAFE em competência subsequente ao atendimento, incluindo aqueles motivados pela inexistência de teto financeiro disponível ou enviados ao IPSEMG sem autorização, não serão pagos.

Após finalização do trabalho de auditoria, é gerado um Relatório de Glosa e as contas aprovadas ficam aptas para processamento.

O Relatório de Glosa é disponibilizado ao prestador que no caso de inconformismo poderá apresentar recurso, de acordo com as orientações do item 7.5.

7.3.1. Radiografias exigidas para Auditoria de Contas

A necessidade de envio de radiografias está indicada na THO. As radiografias enviadas pelo prestador devem estar dentro dos padrões estabelecidos para análise da auditoria (ver item 7.3.1.1). Caso não forem apresentadas ou estiverem fora dos padrões, o procedimento será glosado.

As radiografias podem ser enviadas junto às Guias de Tratamento Odontológico ou por e-mail. Sua forma de envio deve ser indicada na guia, no campo específico para esse fim. Caso o prestador opte por enviá-las por e-mail, deve ser utilizado o endereço: rxodonto@ipsemg.mg.gov.br.

Em casos excepcionais, podem ser solicitadas pelo auditor radiografias não previstas na THO.

7.3.1.1. Padrões para envio de radiografia

Além dos cuidados técnicos, as radiografias devem ser acondicionadas em cartelas ou plásticos etiquetados apropriados, com o intuito de facilitar o manuseio e a avaliação. Devem estar posicionadas corretamente.

Não serão aceitas cópias de radiografias.

Não serão aceitas montagens de radiografias.

Serão admitidas radiografias realizadas no prazo máximo de 12 (doze) meses anteriores à sua realização.

As radiografias devem ser encaminhadas concomitantemente ao envio das remessas ou no máximo até o quinto dia útil do mês seguinte à realização do procedimento.

Radiografias convencionais: as radiografias convencionais enviadas junto com as Guias de Tratamento devem conter, na cartela ou plástico etiquetado, as seguintes informações:

- Nome completo do paciente
- Data de realização do RX (dia/mês/ano)

Radiografias digitais: as radiografias digitais não podem ser cortadas impedindo a visualização das informações impressas no filme. Quando enviadas por e-mail, no corpo do e-mail deve constar:

- Nome completo do paciente
- Data de realização do RX (dia/mês/ano)
- Competência/Ano
- Nome do Prestador
- Município

7.3.2. Fotos para auditoria

Para alguns procedimentos, é admitido o envio de foto para comprovação e avaliação do tratamento.

A necessidade/possibilidade de envio de fotos está indicada na THO. As fotos enviadas pelo prestador devem estar dentro dos padrões estabelecidos para análise da auditoria (ver item 7.3.2.1). Caso não forem apresentadas quando exigido ou estiverem fora dos padrões, o procedimento será glosado.

As fotos podem ser enviadas junto as Guias de Tratamento Odontológico ou por e-mail. Caso o prestador opte por enviá-las por e-mail, deve ser utilizado o endereço: rxodonto@ipsemg.mg.gov.br.

7.3.2.1. Padrões para envio de foto

As fotos devem ser encaminhadas concomitantemente ao envio das remessas ou no máximo até o quinto dia útil do mês seguinte à realização do procedimento.

Fotos impressas: as fotos enviadas junto com as Guias de Tratamento devem estar com a impressão colorida, individualmente em folha A4, contendo as seguintes informações:

- Nome completo do paciente
- Data de realização da foto (dia/mês/ano)

Fotos enviadas por e-mail: Quando enviadas por e-mail, no corpo do e-mail deve constar:

- Nome completo do paciente
- Data de realização da foto (dia/mês/ano)
- Competência/Ano

- Nome do Prestador
- Município

7.4. PROCESSAMENTO E PAGAMENTO

Todo o processo de faturamento do IPSEMG ocorre de forma eletrônica, iniciando no momento de execução dos procedimentos no SAFe e finalizando no pagamento das contas ao prestador.

O acompanhamento do faturamento de uma conta qualquer deve ser feito pelo prestador por meio do nº de sua remessa. Remessa é conjunto de contas dos atendimentos prestados aos beneficiários. As remessas devem ser geradas pelo sistema. Cada remessa deve conter somente informações de uma mesma competência.

Ao enviar uma remessa por meio do SAFe, é gerado um número que identifica aquela remessa e que deve ser registrado pelo prestador para controle do pagamento daquele conjunto de contas.

Terminado o trabalho de auditoria das remessas enviadas pelo prestador é realizado o processamento das contas, momento em que os valores a pagar/glosados das contas são consolidados e calculados os tributos a serem retidos (INSS/ISSQN/IR) pelo IPSEMG, de acordo com o ramo de atividade do prestador.

O IPSEMG retém os tributos conforme legislação específica. O prestador de serviço que já realizar o recolhimento de seus tributos em outro formato, deve comunicar ao Instituto sobre tal fato, apresentando devida declaração. Caso contrário, os tributos serão recolhidos conforme padrão.

O pagamento pelos procedimentos realizados é efetuado para prestadores do tipo “pessoa jurídica”, após recebimento da nota fiscal relativa aos serviços prestados, por meio de depósito na conta corrente do prestador.

No caso de prestador do tipo “pessoa física”, o pagamento é realizado em uma única etapa, ao final do mês subsequente ao atendimento, também por meio de depósito na conta corrente do prestador.

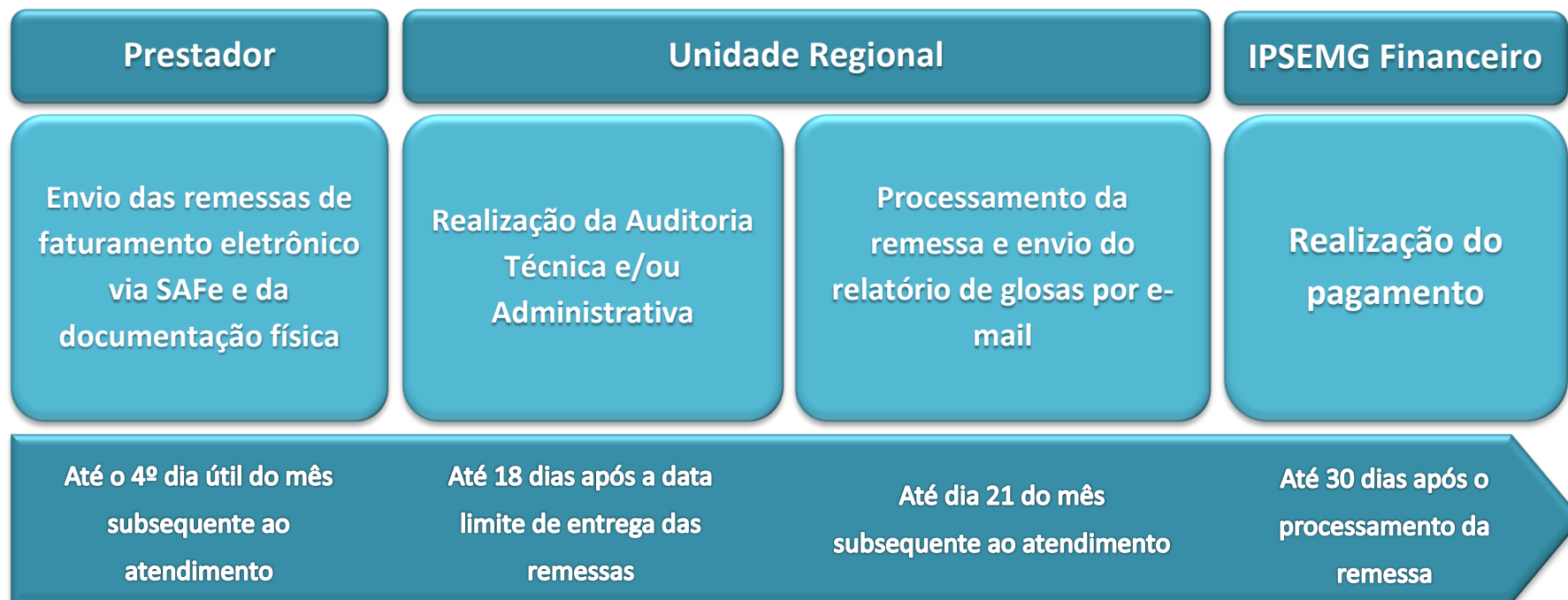
O cronograma a seguir contém as etapas e prazos para faturamento. Caso o prestador não cumpra os prazos estipulados para envio do faturamento eletrônico e/ou encaminhamento da documentação física à Unidade Regional do IPSEMG, a data de seu pagamento sofrerá atrasos proporcionais ao descumprimento deste cronograma.

Cronograma 1 – Pessoas Jurídicas



ATENÇÃO: Os prazos de cada etapa somente serão contados a partir da data limite de envio, ou seja, a partir do dia 5 do mês subsequente ao atendimento. Para remessas enviadas em atraso, os prazos de execução das etapas serão 30% maiores.

Cronograma 2 – Pessoas Físicas



ATENÇÃO: Os prazos de cada etapa somente serão contados a partir da data limite de envio, ou seja, a partir do 4º dia útil do mês subsequente ao atendimento.

7.5. RECURSO DE GLOSA

O Recurso de Glosa é um direito facultado a todos os prestadores de assistência à saúde que, em caso de inconformismo em relação às glosas realizadas pelo IPSEMG, poderão solicitar a revisão dos valores, através do formulário de Solicitação de Recurso de Glosa Odontológica (IP1418), disponível no *site* do Instituto, *menu Saúde / Prestador de Serviço de Saúde / Faturamento e Formulários*.

7.5.1. Prazo para apresentação do recurso de glosa

O prazo para apresentação do recurso é de até 60 (sessenta) dias da data do processamento da remessa – quando, então, o prestador recebe em seu e-mail o *Relatório de Glosa*. Caso o sexagésimo dia ocorra em feriado ou fim de semana, o prestador deve adiantar a entrega do recurso para o último dia útil antes do fim do prazo.

O recurso intempestivo (fora do prazo) será automaticamente indeferido e devolvido ao prestador com protocolo de devolução.

O recurso deve ser protocolado na Unidade Regional responsável pelo faturamento do prestador. Não é permitida a análise de recurso de glosa na sede do prestador. O recurso válido é somente aquele entregue e protocolado nas Unidades Regionais do IPSEMG.

7.5.2. Apresentação do Recurso de Glosa

Para apresentação do recurso de glosa o prestador deve, primeiramente, preencher de forma devida o formulário IP1418, assinando e carimbando formulário.

Recursos com formulários que não estiverem com todos os campos devidamente preenchidos serão devolvidos para a Unidade Regional para complementação, sendo que continuará correndo o prazo estipulado para a apresentação do recurso.

Ao solicitar um recurso de glosa, o prestador deve apresentar justificativa e documentação comprobatória que ampare seu pedido de recurso. Ou seja, o campo *Justificativa do Prestador* deve estar fundamentado e em consonância com o motivo da glosa recursada. Recursos sem justificativa e/ou documentação serão automaticamente indeferidos.

7.5.3. Motivos de glosa não passíveis de recurso

Nas seguintes situações, as glosas não serão passíveis de recurso¹:

- Ausência do Pedido Odontológico original (para clínicas radiológicas ou laboratórios odontológicos);

¹ Caso seja constatado erro da Auditoria de Contas (administrativa ou técnica) na realização da glosa, causado por inobservância do auditor (de documento ou dados apresentados pelo prestador) ou por preenchimento incorreto do campo “motivo de glosa” no sistema de auditoria eletrônica do IPSEMG, os recursos de glosas serão avaliados e poderão ser deferidos quando houver comprovação de que a glosa foi indevida.

- Pedido Odontológico incompleto (sem identificação completa do paciente, sem data, sem assinatura e/ou sem carimbo do solicitante);
- Rasura no Pedido Odontológico (data, assinatura, item do pedido, caligrafias diversas no mesmo pedido);
- Pedido Odontológico vencido (validade do pedido é de 90 dias);
- Ausência de assinatura do beneficiário/representante na Guia de Autorização do SAFe;
- Assinatura na guia de Autorização do SAFe de representante sem devida identificação;
- Ausência de assinatura e/ou carimbo do dentista na Guia de Tratamento Odontológico;
- Ausência de assinatura do beneficiário na Guia de Tratamento Odontológico;
- Ausência de Periograma nos casos indicados na THO e/ou no Manual;
- Radiografia apresentada para auditoria com prazo superior a 12 meses;
- Rasuras na GTO ou na Guia de Autorização do SAFe (data, assinatura, código, caligrafias diversas na mesma guia);
- Atendimento realizado sem execução/autorização no SAFe ou fora da competência do atendimento;
- Execução de procedimento de laboratório em competência diferente do procedimento clínico.

7.5.4. Prazo de resposta do recurso

O IPSEMG, mediante a justificativa do prestador, poderá reconsiderar a glosa ou mantê-la, em um prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data do protocolo do formulário de Recurso de Glosa na Unidade Regional.

Recursos de glosa protocolados sem a devida documentação comprobatória serão indeferidos.

8. ANEXO I

8.1 Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica

PROCEDIMENTO CLINICO	DESCRICAO	CODIGO DE LABORATORIO COREESPONDENTE	QUANTIDADE ESTABELECIDADA
3019	RESTAURACAO INLAY OU ONLAY EM CEROMERO OU SIMILAR	7053	01
3021	COROA TOTAL EM CEROMERO OU SIMILAR	7050	01
3026	PROTESE FIXA ADESIVA 3 ELEMENTOS EM CEROMERO COM REFORCO EM METAL OU FIBRA	7051	01
3032	COROA METALOCERAMICA	7048	01
3034	FACETA EM CEROMERO OU SIMILAR	7052	01
3035	FACETA EM PORCELANA	7049	01
3042	COROA TOTAL DE CERAMICA PURA	7048	01
7005	PROVISORIA - PROTESE PARCIAL REMOVIVEL	7064	01
7009	PROTESE TOTAL REMOVIVEL SUPERIOR OU INFERIOR	7065	01
7010	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL A GRAMPO	7060	01
7021	COROA TOTAL METALICA	7045	01
7022	COROA METALOPLASTICA COM FACE EM RESINA/CEROMERO	7047	01
7023	NUCLEO METALICO FUNDIDO	7042	01
7024	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA OU COROA 4/5	7044	01
7034	CONCERTO OU REEMBASAMENTO PRENSADO PROTESE REMOVIVEL	7071	01
7040	PROTESE TOTAL REMOVIVEL - IMEDIATA	7070	01
7004	PLACA ESTABILIZADORA - ACETATO	7055	01
7074	PLACA ESTABILIZADORA/PLACA DE BRUXISMO - ACRILICO	7054	01

9. ANEXO II

9.1 Composição do código do procedimento odontológico

O código do procedimento odontológico no Sistema SAFe é composto por 8 dígitos, conforme exemplo:

Código: **30092491**

1º - Código da tabela -> 3009

2º - Número do dente -> 24

3º - Face ou região do dente -> 91

CODIGO FACE	DESCRICAÇÃO
90	O ou I- Face oclusal ou incisal
91	V - Face vestibular
92	M- Face mesial
93	D- Face distal
94	L ou P- Face lingual ou palatina
95	MOD
96	MOV-MOP-MOL-DOV-VOL-VOP-DOP-DOL e outras combinações acima de 03 faces
97	DI-DO-OV-OP-DV-DP-DL-VP-VL-OL
98	MO-MI-MV-MP-ML-MD
99	Todas as faces envolvidas/sem referência a face

CODIGO REGIAO	DESCRICAÇÃO
1000	Sem referência a dente ou arcada
5000	Ambas as arcadas
5001	Hemiarco superior direito
5002	Hemiarco superior esquerdo
5003	Hemiarco inferior esquerdo
5004	Hemiarco inferior direito
5005	Hemiarco superior direito dentição decídua
5006	Hemiarco superior esquerdo dentição decídua
5007	Hemiarco inferior esquerdo dentição decídua
5008	Hemiarco inferior direito dentição decídua
6000	Arcada superior
7000	Arcada inferior
8000	Lado direito
9000	Lado esquerdo

9.2 Tabela de Compatibilidade – Dente/Face/Região

9.2.1 CIRURGIA 1

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
6003	BIOPSIAS INCISIONAIS E EXCISIONAIS			1000
2017	EXODONTIA VIA NAO ALVEOLAR OU A RETALHO	11/12/13/14/15/16/17/18/19/21/ 22/23/24/25/26/27/28/29/31/32/ 33/34/35/36/37/38/39/41/42/43/ 44/45/46/47/48/49/59/69/79/89	99	
2012	BRIDECTOMIA/FRENECTOMIA/ FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR			5001/5002/5003/ 5004/6000/7000
2015	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	11/12/13/14/15/16/17/18/19/21/ 22/23/24/25/26/27/28/29/31/32/ 33/34/35/36/37/38/39/41/42/43/ 44/45/46/47/48/49	99	
2024	RECOLOCACAO (REIMPLANTE) DE DENTE NO ALVEOLO - POR ELEMENTO	11/12/13/21/22/23/31/32/33/ 41/42/43	99	
2040	RIZECTOMIA OU ODONTOSECCAO	14/15/16/17/18/24/25/26/27/ 28/34/35/36/37/38/44/45/46/47/48	99	
2044	ULOTOMIA / ULECTOMIA	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	
6011	CUNHA DISTAL OU MESIAL	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	

9.2.2 CIRURGIA 2

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
2001	ALVEOLOMIA/ALVEOLOPLASTIA/(POR HEMI-ARCO)			5001/5002/5003 5004/6000/7000
2005	APICETOMIA/CURETAGEM APICAL: INCISIVOS E CANINOS	11/12/13/21/22/23/31/32/33/ 41/42/43	99	
2006	APICETOMIA/CURETAGEM APICAL: MOLARES	16/17/18/26/27/28/36/37/38/ 46/47/48	99	
2007	APICETOMIA/CURETAGEM APICAL: PRE-MOLARES	14/15/24/25/34/35/44/45	99	
2002	APICETOMIA / RETRO OBTURACAO: INCISIVOS E CANINOS	11/12/13/21/22/23/31/32/33/ 41/42/43	99	
2004	APICETOMIA COM RETRO OBTURACAO: MOLARES	16/17/18/26/27/28/36/37/38/ 46/47/48	99	
2003	APICETOMIA C/ RETRO OBTURACAO: PRE MOLARES	14/15/24/25/34/35/44/45	99	
2009	CISTECTOMIA			5001/5002/5003 5004
2008	CIRURGIA TRACIONAMENTO ORTODONTICO	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	
2013	EXERESE E MARSUPIALIZACAO RANULAS MUCO-SALIVAR			1000
2014	EXERESE TUMORES BENIGNOS MAXILAR / MANDIBULAR.			5001/5002/5003 5004/6000/7000
2016	EXODONTIA DE DENTE INCLUSO E/OU IMPACTADO	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48/19/29/39/49/ 59/69/79/89	99	
2021	PLASTIA COMUNICACAO BUCO-NASO-SINUSAL			5001/5002
2022	PLASTIA DAS HIPERTROFIAS LABIAIS			6000/7000
2043	TRATAMENTO CIRURGICO OSTEOMIELITE MAXILAR / MANDIBULAR			5001/5002/5003 5004/6000/7000
2042	TRATAMENTO CIRURGICO FISTULA BUCO SINUSAL			5001/5002
2045	VESTIBULOPLASTIA/SULCOPLASTIA			5001/5002/5003 5004/6000/7000

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
2050	CIRURGIA DE TORUS			6000/5003 5004

9.2.3 DENTÍSTICA 1

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
3006	AMALGAMA 2 FACES	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	97/98	
3007	AMALGAMA 1 FACE	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	90/91 92/93/94	
3005	AMALGAMA 3 OU MAIS FACES	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	95/96	
3016	RESTAURACAO COM IONOMERO DE VIDRO	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	90/91/9 2/93/94 95/96/9 7/98	
3016	RESTAURACAO COM IONOMERO DE VIDRO	11/12/13/21/22/23/31/32/33/ 41/42/43/51/52/53/61/62/63/ 71/72/73/81/82/83	90/91/9 2/93/94 97/98	
3015	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	11/12/13/21/22/23/31/32/33/41/ 42/43/51/52/53/61/62/63/71/ 72/73/81/82/83	91	
3009	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - CLASSE V	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48/51/52/53/54/ 55/61/62/63/64/65/71/72/73/ 74/75/81/82/83/84/85	91/94	
3011	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - 3 OU MAIS FACES	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	95/96	
3014	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - CLASSE IV	11/12/13/21/22/23/31/32/33/ 41/42/43/51/52/53/61/62/63/ 71/72/73/81/82/83	97/98	

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
3013	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - CLASSE III	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48/51/52/53/54/ 55/61/62/63/64/65/71/72/73/ 74/75/81/82/83/84/85	92/93	
3010	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL CLASSE I OU CLASSE II - 1 FACE	11/12/13/21/ 22/23/31/32/33/41/42/43/ 51/52/53/61/62/63/71/72/73/ 81/82/83	90/92/93	
3012	RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 02 FACES	11/12/13/14/15/16/17/18/21/22/ 23/24/25/26/27/28/31/32/33/34/ 35/36/37/38/41/42/43/44/45/46/ 47/48/51/52/53/54/55/61/62/63/ 64/65/71/72/73/74/75/81/82/83/ 84/85	97/98	
3024	PROVISORIA - PROTESE FIXA ADESIVA DIRETA			5001/5002 5003/5004 6000/7000
3031	MICROABRASAO			5000
3037	REPARO DE RESTAURACAO	11/12/13/21/22/23/31/32/33/ 41/42/43/51/52/53/61/62/63/ 71/72/73/81/82/83	90/91/ 92/93 94/97 98	
3037	REPARO DE RESTAURACAO	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	90/91 94/95 97/98	

9.2.4 DENTÍSTICA 2

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
7021	COROA TOTAL METALICA	16/17/18/26/27/28/36/37/38/ 46/47/48	99	

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
7022	COROA METALOPLASTICA COM FACE EM RESINA/CEROMERO	11/12/13/14/15/16/17/18/21/22/23/24/25/26/27/28/31/32/33/34/35/36/37/38/41/42/43/44/45/46/47/48	99	
7023	NUCLEO METALICO FUNDIDO	11/12/13/14/15/16/17/18/21/22/23/24/25/26/27/28/31/32/33/34/35/36/37/38/41/42/43/44/45/46/47/48	99	
7024	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA OU COROA 4/5	14/15/16/17/18/24/25/26/27/28/34/35/36/37/38/44/45/46/47/48	99	
3019	RESTAURACAO INLAY OU ONLAY EM CEROMERO OU SIMILAR	14/15/24/25/34/35/44/45	99	
3021	COROA TOTAL EM CEROMERO OU SIMILAR	11/12/14/15/21/22/24/25/31/32/34/35/41/42/44/45	99	
3026	PROTESE FIXA ADESIVA 3 ELEMENTOS EM CEROMERO COM REFORCO EM METAL OU FIBRA			5001/5002 5003/5004 6000/7000
3032	COROA METALO CERAMICA	11/12/13/14/15/16/17/18/21/22/23/24/25/26/27/28/31/32/33/34/35/36/37/38/41/42/43/44/45/46/47/48	99	
3034	FACETA EM CEROMERO OU SIMILAR	11/12/13/21/22/23/31/32/33/41/42/43	91	
3035	FACETA EM PORCELANA	11/12/13/21/22/23/31/32/33/41/42/43	91	
3042	COROA TOTAL DE CERAMICA PURA	11/12/13/14/15/16/17/18/21/22/23/24/25/26/27/28/31/32/33/34/35/36/37/38/41/42/43/44/45/46/47/48	99	
7036	PINO PRÉ-FABRICADO	11/12/13/14/15/16/17/18/21/22/23/24/25/26/27/28/31/32/33/34/35/36/37/38/41/42/43/44/45/46/47/48	99	

9.2.5 ENDODONTIA

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
4005	TRATAMENTO DE RIZOGENESE INCOMPLETA	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	
4010	TRATAMENTO ENDODONTICO DE PRE-MOLARES	14/15/24/25/34/35/44/45	99	
4011	TRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLARES	16/17/18/26/27/28/36/37/38/ 46/47/48	99	
4013	TRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVOS E CANINOS	11/12/13/21/22/23/31/32/33/ 41/42/43	99	
4019	TRATAMENTO DE PERFURACAO	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	
4021	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVOS E CANINOS	11/12/13/21/22/23/31/32/33/ 41/42/43	99	
4022	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE PRE-MOLARES	14/15/24/25/34/35/44/45	99	
4024	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLARES	16/17/18/26/27/28/36/37/38/ 46/47/48	99	

9.2.6 ODONTOPEDIATRIA

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
5001	APLICACAO DE CARIOSTATICO			5000
5003	COROA DE ACO	54/55/64/65/74/75/84/85	99	
5004	COROA DE POLICARBONATO	51/52/53/61/62/63/71/72/73/ 81/82/83	99	
5009	TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTE DECIDUO ANTERIOR	51/52/53/61/62/63/71/72/73/ 81/82/83	99	

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
5010	PREPARO PSICOLOGICO			1000
4025	TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTE DECIDUO POSTERIOR	54/55/64/65/74/75/84/85	99	

9.2.7 PERIODONTIA

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
6001	AUMENTO DE COROA CLINICA	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	
6005	RASPAGEM SUBGENGIVAL COM ALISAMENTO RADICULAR			5001/5002/5003 5004/6000/7000
6002	CIRURGIA A RETALHO ATE 2 ELEMENTOS			5001/5002 5003/5004
6004	CIRURGIA A RETALHO ATE 4 ELEMENTOS			5001/5002 5003/5004
6008	GENGIVECTOMIA OU GENGIVOPLASTIA			5001/5002 5003/5004
6012	ENXERTO GENGIVAL			5001/5002/5003 5004/6000/7000

9.2.8 PROCEDIMENTOS GERAIS

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
1001	AVALIACAO CLINICA (CONSULTA PARA EXAMES E DIAGNOSTICO)			1000

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
1006	TRATAMENTO DE PROCESSOS AGUDOS (GUNA, ALVEOLITE, PERICORONARITE, PERICEMENTITE)	11/12/13/14 /15/16/17/18/21/22/23/24/25/26/27/28/31/32/33/34/35/36/37/38/41/42/43/44/45/46/47/48/51/52/53/54/55/61/62/63/64/65/71/72/73/74/75/81/82/83/84/85	99	
4006	CAPEAMENTO DIRETO	11/12/13/14/15/16/17/18/21/22/23/24/25/26/27/28/31/32/33/34/35/36/37/38/41/42/43/44/45/46/47/48	99	
7012	CONERTO EM PROTESE TOTAL OU PARCIAL (A FRIO)			6000/7000
3002	PROVISÓRIA - RESTAURAÇÃO INDIRETA	11/12/13/14/15/16/17/18/21/22/23/24/25/26/27/28/31/32/33/34/35/36/37/38/41/42/43/44/45/46/47/48	99	
4007	CLAREAMENTO DENTAL DE DENTES DESPOLPADOS	11/12/13/14/15/21/22/23/25/31/32/33/34/35/41/42/43/44/45	99	
7004	PLACA ESTABILIZADORA - ACETATO			6000/7000
1004	ADEQUACAO DE MEIO BUCAL			5000
1005	CURATIVO DE EMERGENCIA	11/12/13/14/15/16/17/18/21/22/23/24/25/26/27/28/31/32/33/34/35/36/37/38/41/42/43/44/45/46/47/48/51/52/53/54/55/61/62/63/64/65/71/72/73/74/75/81/82/83/84/85	99	
5006	DESGASTE DENTAL COM FINALIDADE ORTODONTICA / SLICE	11/12/13/14/15/16/17/18/21/22/23/24/25/26/27/28/31/32/33/34/35/36/37/38/41/42/43/44/45/46/47/48/51/52/53/54/55/61/62/63/64/65/71/72/73/74/75/81/82/83/84/85	99	
6006	DESSENSIBILIZACAO DENTINARIA			5000
1007	DRENAGEM DE ABCESSO INTRAORAL	11/12/13/14/15/16/17/18/21/22/23/24/25/26/27/28/31/32/33/34/35/36/37/38/41/42/43/44/45/46/47/48/51/52/53/54/55/61/62/63/64/65/71/72/73/74/75/81/82/83/84/85	99	

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
1008	DRENAGEM DE ABCESSO EXTRA-ORAL			5001/5002 5003/5004
5007	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	51/52/53/54/55/61/62/63/64/ 65/71/72/73/74/75/81/82/83/ 84/85/59/69/79/89	99	
1010	CONSULTA PARA PLANO DE TRATAMENTO			1000
2019	CONTROLE DE HEMORRAGIAS ORAIS			5001/5002 5003/5004
3004	NUCLEO DE PREENCHIMENTO OU RECONSTITUICAO MORFOLOGICA	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	
7027	PREPARO DE CONDUTO PARA NUCLEO	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	
4014	PULPECTOMIA	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48/51/52/53/54/ 55/61/62/63/64/65/71/72/73/ 74/75/81/82/83/84/85	99	
4015	PULPOTOMIA DE DECIDUOS OU PERMANENTES	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48/51/52/53/54/ 55/61/62/63/64/65/71/72/73/ 74/75/81/82/83/84/85	99	
4016	REMOCAO DE PINO OU CORPO ESTRANHO INTRACANAL	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	
1020	REFIXACAO DE COROAS PROVISORIAS E RESTAURADOS	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	
1023	REMOCAO ESPICULA OSSEA OU FRAGMENTO DENTARIO			5001/5002 5003/5004
1025	COLAGEM DE FRAGMENTO DENTARIO	11/12/13/21/22/23/31/32/33/ 41/42/43	99	

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
1028	REMOCAO DE PROTESES FIXAS	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	
2047	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL - DENTE PERMANENTE	11/12/13/14/15/16/17/18/19/21/ 22/23/24/25/26/27/28/29/31/32/ 33/34/35/36/37/38/39/41/42/43/ 44/45/46/47/48/49	99	
4026	TRATAMENTO EXPECTANTE	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48/51/52/53/54/ 55/61/62/63/64/65/71/72/73/ 74/75/81/82/83/84/85	99	
6013	IMOBILIZACAO TEMPORARIA			5001/5002/5003 5004/6000/7000
7038	REMOCAO DE INTERFERENCIAS OCLUSAIS			5000
7074	PLACA ESTABILIZADORA/PLACA DE BRUXISMO - ACRILICO			6000/7000
7075	MANUTENCAO DE PLACA ESTABILIZADORA OU DE BRUXISMO			1000

9.2.9 PROMOÇÃO DE SAÚDE

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
1014	FLUORTERAPIA INTENSIVA			5000
1018	POLIMENTO CORONÁRIO			5000
5013	SELANTE	14/15/16/17/24/25/26/27/34/ 35/36/37/44/45/46/47	99	
1021	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL COM PROFILAXIA			5000

9.2.10 PRÓTESE

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
7009	PROTESE TOTAL REMOVIVEL SUPERIOR OU INFERIOR			6000/7000
7005	PROVISORIA - PROTESE PARCIAL REMOVIVEL			6000/7000
7010	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL A GRAMPO			6000/7000
7034	CONCERTO OU REEMBASAMENTO PRENSADO PROTESE REMOVIVEL			6000/7000
7040	PROTESE TOTAL REMOVIVEL - IMEDIATA			6000/7000

9.2.11 PRÓTESE – LABORATÓRIO

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
7042	NUCLEO METALICO FUNDIDO LAB	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	
7043	COROA DE JAQUETA ACRILICA LAB	11/12/13/21/22/23/31/32/33/ 41/42/43	99	
7044	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA OU COROA 4/5 LAB	14/15/16/17/18/24/25/26/27/ 28/34/35/36/37/38/44/45/46/ 47/48	99	
7045	COROA TOTAL METALICA LAB	16/17/18/26/27/28/36/37/38/ 46/47/48	99	
7047	COROA METALOPLASTICA COM FACE EM RESINA/CEROMERO LAB	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33 /34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
7048	COROA METALOCERAMICA OU COROA TOTAL DE CERAMICA PURA LAB	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48	99	
7049	FACETA EM PORCELANA LAB	11/12/13/21/22/23/ 31/32/33/41/42/43	91	
7050	COROA TOTAL EM CEROMERO (ARTGLASS, SOLIDEX E SIMILARES) LAB	11/12/14/15/21/22/24/25/31/ 32/34/35/41/42/44/45	99	
7051	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM CEROMERO LAB			5001/5002/5003 5004/6000/7000
7052	FACETA EM CEROMERO LAB	11/12/13/21/22/23/31/32/33/ 41/42/43	91	
7053	RESTAURACAO INLAY E ONLAY EM CEROMERO LAB	14/15/24/25/34/35/44/45	99	
7054	PLACA ESTABILIZADORA / BRUXISMO PENSADA LAB			6000/7000
7055	PLACA ESTABILIZADORA (EM ACETATO) LAB			6000/7000
7060	PPR BILATERAL LAB			6000/7000
7064	PPR PROVISORIA LAB			6000/7000
7065	PTR SIMPLES LAB			6000/7000
7070	PTR IMEDIATA LAB			6000/7000
7071	CONCERTO OU REEMBASAMENTO PENSADO PROTESE REMOVIVEL LAB			6000/7000

9.2.12 RADIOLOGIA

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
8001	RX BITE WING			8000/9000
8004	RADIOGRAFIA OCLUSAL			6000/7000

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	REGIAO
8002	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	11/12/13/14/15/16/17/18/21/ 22/23/24/25/26/27/28/31/32/ 33/34/35/36/37/38/41/42/43/ 44/45/46/47/48/51/52/53/54/ 55/61/62/63/64/65/71/72/73/ 74/75/81/82/83/84/85	99	
8003	RADIOGRAFIA PANORAMICA			5000
8110	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES			1000
8113	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			6000/7000
8113	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA – para seio da face			1000

10. ANEXO III

10.1. Tabela de Longevidade

10.1.1. CIRURGIA 1

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
6003	BIOPSIAS INCISIONAIS E EXCISIONAIS	–
2017	EXODONTIA VIA NAO ALVEOLAR OU A RETALHO	PROCEDIMENTO ÚNICO
2012	BRIDECTOMIA/FRENECTOMIA/ FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR	PROCEDIMENTO ÚNICO
2015	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	PROCEDIMENTO ÚNICO
2024	RECOLOCACAO (REIMPLANTE) DE DENTE NO ALVEOLO - POR ELEMENTO	PROCEDIMENTO ÚNICO
2040	RIZECTOMIA OU ODONTOSECCAO	PROCEDIMENTO ÚNICO
2044	ULOTOMIA / ULECTOMIA	PROCEDIMENTO ÚNICO
6011	CUNHA DISTAL OU MESIAL	365

10.1.2. CIRURGIA 2

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
2001	ALVEOLOMIA/ALVEOLOPLASTIA/(POR HEMI-ARCO	PROCEDIMENTO ÚNICO
2005	APICETOMIA/CURETAGEM APICAL: INCISIVOS E CANINOS	PROCEDIMENTO ÚNICO
2006	APICETOMIA/CURETAGEM APICAL: MOLARES	PROCEDIMENTO ÚNICO
2007	APICETOMIA/CURETAGEM APICAL: PRE-MOLARES	PROCEDIMENTO ÚNICO
2002	APICETOMIA / RETRO OBTURACAO: INCISIVOS E CANINOS	PROCEDIMENTO ÚNICO
2004	APICETOMIA COM RETRO OBTURACAO: MOLARES	PROCEDIMENTO ÚNICO
2003	APICETOMIA C/ RETRO OBTURACAO: PRE MOLARES	PROCEDIMENTO ÚNICO
2009	CISTECTOMIA	PROCEDIMENTO ÚNICO
2008	CIRURGIA TRACIONAMENTO ORTODONTICO	PROCEDIMENTO ÚNICO
2013	EXERESE E MARSUPIALIZACAO RANULAS MUCO-SALIVAR	–
2014	EXERESE TUMORES BENIGNOS MAXILAR / MANDIBULAR	–
2016	EXODONTIA DE DENTE INCLUSO E/OU IMPACTADO	PROCEDIMENTO ÚNICO
2021	PLASTIA COMUNICACAO BUCO-NASO-SINUSAL	PROCEDIMENTO ÚNICO
2022	PLASTIA DAS HIPERTROFIAS LABIAIS	PROCEDIMENTO ÚNICO
2043	TRATAMENTO CIRURGICO OSTEOMIELITE MAXILAR / MANDIBULAR	PROCEDIMENTO ÚNICO
2042	TRATAMENTO CIRURGICO FISTULA BUCO SINUSAL	PROCEDIMENTO ÚNICO
2045	VESTIBULOPLASTIA/SULCOPLASTIA	PROCEDIMENTO ÚNICO
2050	CIRURGIA DE TORUS	PROCEDIMENTO ÚNICO

10.1.3. DENTÍSTICA 1

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
3006	AMALGAMA 2 FACES	1100
3007	AMALGAMA 1 FACE	1100
3005	AMALGAMA 3 OU MAIS FACES	1100
3016	RESTAURACAO COM IONOMERO DE VIDRO	365
3015	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	730
3009	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - CLASSE V	730
3011	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - 3 OU MAIS FACES	730
3014	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - CLASSE IV	730
3013	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - CLASSE III	730
3010	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL CLASSE I OU CLASSE II - 1 FACE	730
3012	RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 02 FACES	730
3024	PROVISORIA - PROTESE FIXA ADESIVA DIRETA	PROCEDIMENTO ÚNICO
3031	MICROABRASAO	PROCEDIMENTO ÚNICO
3037	REPARO DE RESTAURACAO	PROCEDIMENTO ÚNICO

10.1.4. DENTÍSTICA 2

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
7021	COROA TOTAL METALICA	1100
7022	COROA METALOPLASTICA COM FACE EM RESINA/CEROMERO	1100

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
7023	NUCLEO METALICO FUNDIDO	1100
7024	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA OU COROA 4/5	1100
3019	RESTAURACAO INLAY OU ONLAY EM CEROMERO OU SIMILAR	1100
3021	COROA TOTAL EM CEROMERO OU SIMILAR	1100
3026	PROTESE FIXA ADESIVA 3 ELEMENTOS EM CEROMERO COM REFORCO EM METAL OU FIBRA	1100
3032	COROA METALOCERAMICA	1100
3034	FACETA EM CEROMERO OU SIMILAR	1100
3035	FACETA EM PORCELANA	1100
7036	PINO PRÉ-FABRICADO	1100

10.1.5. ENDODONTIA

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
4005	TRATAMENTO DE RIZOGENESE INCOMPLETA	PROCEDIMENTO ÚNICO
4010	TRATAMENTO ENDODONTICO DE PRE-MOLARES	PROCEDIMENTO ÚNICO
4011	TRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLARES	PROCEDIMENTO ÚNICO
4013	TRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVOS E CANINOS	PROCEDIMENTO ÚNICO
4019	TRATAMENTO DE PERFURACAO	PROCEDIMENTO ÚNICO
4021	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVOS E CANINOS	PROCEDIMENTO ÚNICO

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
4022	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE PRE-MOLARES	PROCEDIMENTO ÚNICO
4024	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLARES	PROCEDIMENTO ÚNICO

10.1.6. ODONTOPEDIATRIA

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
5001	APLICACAO DE CARIOSTATICO	180
5003	COROA DE ACO	365
5004	COROA DE POLICARBONATO	365
5009	TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTE DECIDUO ANTERIOR	PROCEDIMENTO ÚNICO
5010	PREPARO PSICOLOGICO	–
4025	TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTE DECIDUO POSTERIOR	PROCEDIMENTO ÚNICO

10.1.7. PERIODONTIA

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
6001	AUMENTO DE COROA CLINICA	365
6005	RASPAGEM SUBGENGIVAL COM ALISAMENTO RADICULAR	180
6002	CIRURGIA A RETALHO ATE 2 ELEMENTOS	365
6004	CIRURGIA A RETALHO ATE 4 ELEMENTOS	365
6008	GENGIVECTOMIA OU GENGIVOPLASTIA	365
6012	ENXERTO GENGIVAL	PROCEDIMENTO ÚNICO

10.1.8. PROCEDIMENTOS GERAIS

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
1001	AVALIACAO CLINICA (CONSULTA PARA EXAMES E DIAGNOSTICO)	-
1006	TRATAMENTO DE PROCESSOS AGUDOS (GUNA, ALVEOLITE, PERICORONARITE, PERICEMENTITE)	-
4006	CAPEAMENTO DIRETO	PROCEDIMENTO ÚNICO
7012	CONSERTO EM PROTESE TOTAL OU PARCIAL (A FRIO)	-
3002	PROVISÓRIA - RESTAURAÇÃO INDIRETA	180
4007	CLAREAMENTO DENTAL DE DENTES DESPOLDADOS	PROCEDIMENTO ÚNICO
7004	PLACA ESTABILIZADORA - ACETATO	365
1004	ADEQUACAO DE MEIO BUCAL	PROCEDIMENTO ÚNICO
1005	CURATIVO DE EMERGENCIA	PROCEDIMENTO ÚNICO
5006	DESGASTE DENTAL COM FINALIDADE ORTODONTICA / SLICE	PROCEDIMENTO ÚNICO
6006	DESSENSIBILIZACAO DENTINARIA	180
1007	DRENAGEM DE ABCESSO INTRAORAL	-
1008	DRENAGEM DE ABCESSO EXTRA-ORAL	-
5007	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	PROCEDIMENTO ÚNICO
1010	CONSULTA PARA PLANO DE TRATAMENTO	180
2019	CONTROLE DE HEMORRAGIAS ORAIS	-
3004	NUCLEO DE PRENCHIMENTO OU RECONSTITUICAO MORFOLOGICA	1100
7027	PREPARO DE CONDUITO PARA NUCLEO	1100
4014	PULPECTOMIA	PROCEDIMENTO ÚNICO
4015	PULPOTOMIA DE DECIDUOS OU PERMANENTES	PROCEDIMENTO ÚNICO

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
4016	REMOCAO DE PINO OU CORPO ESTRANHO INTRACANAL	PROCEDIMENTO ÚNICO
1020	REFIXACAO DE COROAS PROVISORIAS E RESTAURADOS	-
1023	REMOCAO ESPICULA OSSEA OU FRAGMENTO DENTARIO	PROCEDIMENTO ÚNICO
1025	COLAGEM DE FRAGMENTO DENTARIO	PROCEDIMENTO ÚNICO
1028	REMOCAO DE PROTESES FIXAS	PROCEDIMENTO ÚNICO
2047	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL - DENTE PERMANENTE	PROCEDIMENTO ÚNICO
4026	TRATAMENTO EXPECTANTE	PROCEDIMENTO ÚNICO
6013	IMOBILIZACAO TEMPORARIA	PROCEDIMENTO ÚNICO
7038	REMOCAO DE INTERFERENCIAS OCLUSAIS	-
7074	PLACA ESTABILIZADORA/PLACA DE BRUXISMO - ACRILICO	365
7075	MANUTENCAO DE PLACA ESTABILIZADORA OU DE BRUXISMO	-

10.1.9. PROMOÇÃO DE SAÚDE

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
1014	FLUORTERAPIA INTENSIVA	180
1018	POLIMENTO CORONÁRIO	180
5013	SELANTE	730
1021	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL COM PROFILAXIA	180

10.1.10. PRÓTESE

CÓDIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
7009	PROTESE TOTAL REMOVIVEL SUPERIOR OU INFERIOR	1100
7005	PROVISORIA - PROTESE PARCIAL REMOVIVEL	PROCEDIMENTO ÚNICO
7010	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL A GRAMPO	1100
7034	CONCERTO OU REEMBASAMENTO Prensado PROTESE REMOVIVEL	-
7040	PROTESE TOTAL REMOVIVEL - IMEDIATA	PROCEDIMENTO ÚNICO

10.1.11. RADIOLOGIA

CODIGO	DESCRICAO DO PROCEDIMENTO	PERIODICIDADE (EM DIAS)
8001	RX BITE WING	-
8004	RADIOGRAFIA OCLUSAL	-
8002	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	-
8003	RADIOGRAFIA PANORAMICA	365
8110	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES	-
8113	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	-