



Manual do Credenciado



Pro dental Brasil

Caro Prestador,



Seja muito bem-vindo à rede de credenciados da Pro dental Brasil!

É uma honra tê-lo conosco nesta missão tão importante: garantir acesso à saúde bucal de qualidade para nossos beneficiários.

A Pro dental Brasil nasceu com o propósito de oferecer serviços odontológicos que sejam ao mesmo tempo acessíveis e de excelência, e você desempenha um papel essencial para que possamos alcançar esse objetivo.

Este manual foi desenvolvido pensando em você, devendo ser o seu guia para o bom funcionamento da relação entre você e a operadora.

Nele estão contidas informações claras e práticas sobre procedimentos, responsabilidades e as diretrizes que norteiam nossa parceria, além de orientações para uma comunicação eficiente e alinhada com as melhores práticas do mercado.

Além disso, nosso objetivo é oferecer um suporte completo para facilitar os processos administrativos, como envio de documentos, solicitações de guias, faturamento, prazos, uso da plataforma, dentre outros.

Queremos que sua experiência como credenciado seja tranquila e produtiva.

Estamos à disposição para caminhar ao seu lado e construir juntos um atendimento que faça a diferença na vida dos nossos beneficiários.

Sumário

GUIAS

1. Acesso ao Portal	1 - 2
2. Página Inicial	3
3. Solicitação de Autorizações	4 - 5
4. Anexo de Documentos	6 - 7
5. Biometria Facial - Inicial	8 - 12
6. Status da Guia	13
7. Cancelamento de Guia	14
8. Biometria Facial - Final	14 - 15
9. Impressão de Guia	16
10. Faturamento/Fechamento de Lote	17 - 19
11. Nota Fiscal	19 - 20
12. Recurso de Glosa	21 - 24

AUDITORIA

1. Orientações Gerais	25
2. Biometria	26
3. Glosas e Recursos de Glosas	27
4. Orientações sobre Fotografias	28
5. Orientações sobre Radiografias	29
6. Orientações sobre Solicitação de Exames	30 - 31
7. Procedimentos e Tabelas de Procedimentos	32 - 46

TERMOS

1. Intercorrências em Endodontia	47
2. Endodontia Realizada em Outra Clínica	48
3. Núcleo e Pino Realizados em Outra Clínica	49
4. Remoção de Núcleo	50
5. Endodontia	51
6. Prótese	52
7. Atendimento Particular	53

GUIAS



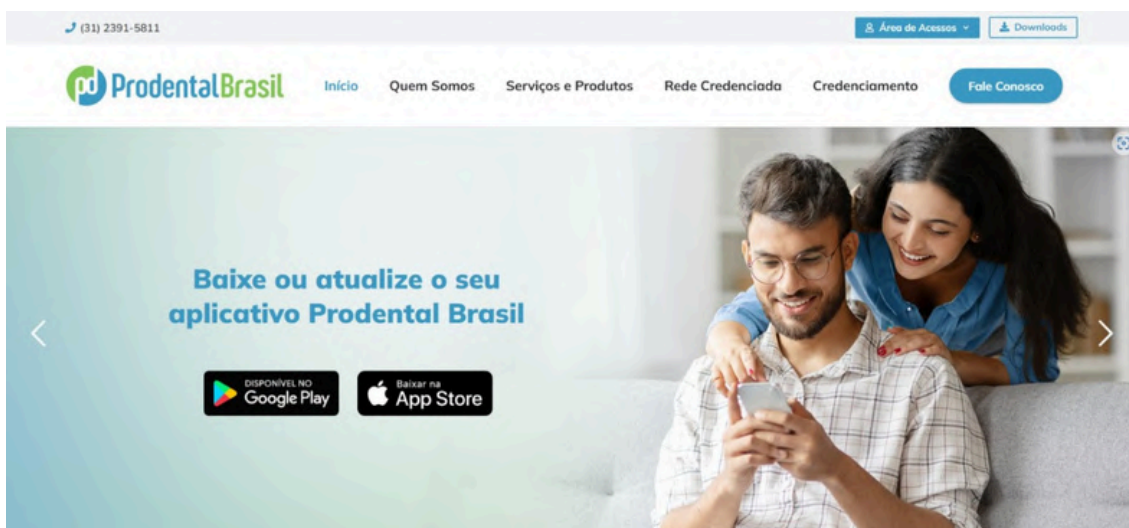
Pro dental Brasil

1. Acesso ao Portal

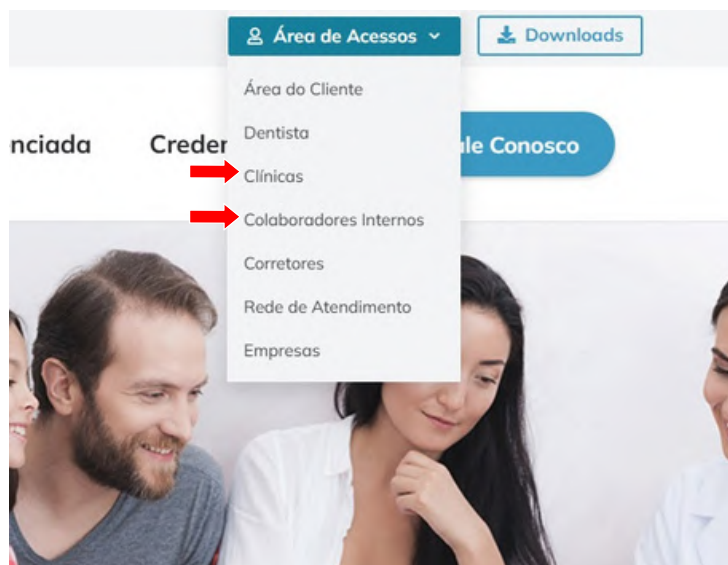
Para acessar o Portal do Prestador, visite nosso site ou acesse o app, e clique na opção “Área de Acessos”



www.prodentalbrasil.com.br



Para acessar o portal do prestador, clique em “Dentista” ou “Clínica”



Para efetuar o login é necessário informar o CPF ou CNPJ do prestador e clicar na opção “Continuar”

Bem vindo ao Portal!

Prestador e Operadora



Selecione a opção que deseja logar

☒ **Prestador** ☐ Operadora

Informe o CPF ou o CNPJ do Prestador *

Continuar

Após clicar em “Continuar”, insira os dados do usuário e clique na opção “Entrar”



Faça seu Login

CPF do Usuário: *

Senha: *

[Esqueci minha senha](#)

Entrar **Voltar**

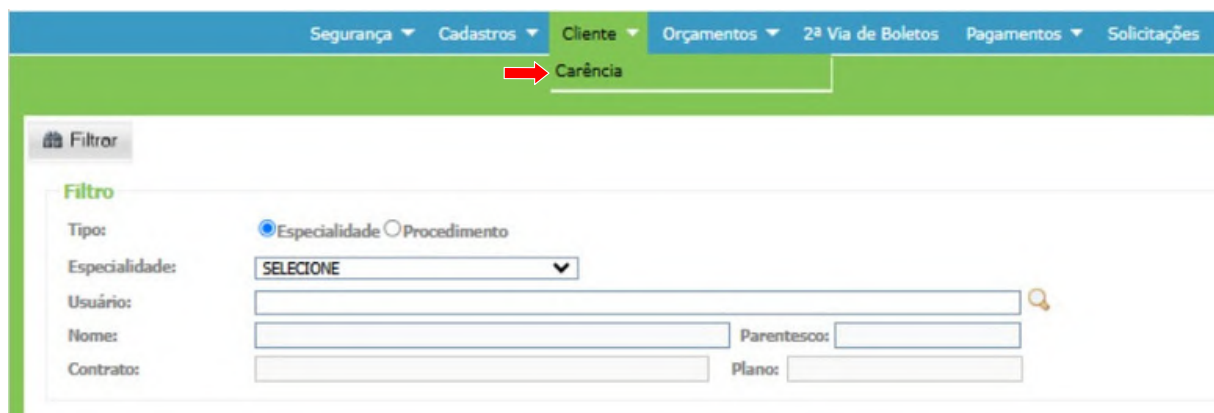
2. Página Inicial

Na página inicial, estão disponíveis o menu principal e os comunicados importantes para a nossa rede credenciada, contendo novidades, mudanças e orientações sobre o formato de atendimento e normas técnicas da nossa operadora.

Recomendamos que leiam atentamente esses comunicados e acompanhem diariamente, pois são atualizados periodicamente.

Antes de iniciar o atendimento do beneficiário sempre verifique a situação cadastral.

Na aba “**Cliente**” clique na opção “**Carência**”



The screenshot shows the ProDentalBrasil web application interface. At the top, there is a navigation bar with several tabs: 'Segurança', 'Cadastros', 'Cliente', 'Orçamentos', '2ª Via de Boletos', 'Pagamentos', and 'Solicitações'. The 'Cliente' tab is currently selected. Below this, a sub-menu is visible with the option 'Carência' highlighted by a red arrow. Below the navigation bar, there is a 'Filtro' (Filter) section. It includes a 'Tipo' (Type) dropdown menu with 'Especialidade' (Specialty) selected. Below this, there are input fields for 'Especialidade' (Specialty), 'Usuário' (User), 'Nome' (Name), 'Contrato' (Contract), 'Parentesco' (Relationship), and 'Plano' (Plan). A magnifying glass icon is next to the 'Usuário' field, indicating a search function.

A busca poderá ser realizada pelo nome, CPF do cliente ou número da carteirinha.

É importante lembrar que para o atendimento, é preciso solicitar ao beneficiário um documento com foto.

Insira o número do CPF no campo “Usuário” e clique na lupa para fazer a pesquisa.

Clique no nome do beneficiário que receberá o atendimento e depois na opção “**Filtrar**”.

Será disponibilizado o cadastro do beneficiário, com o número da carteirinha, contrato e plano.

Também serão exibidas as especialidades cobertas pelo convênio e se o usuário possui carência para alguma delas.

3. Solicitação de Autorizações

Para solicitar as autorizações é necessário clicar na aba “Orçamentos” e em seguida na primeira opção “Orçamentos”

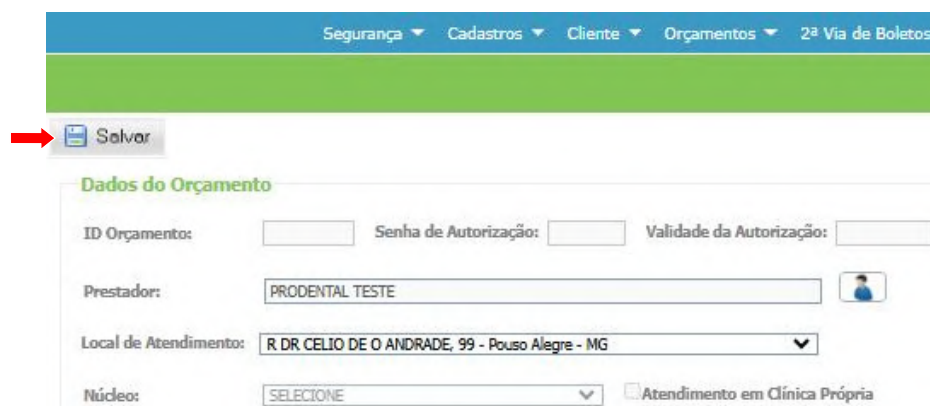


Para gerar um novo orçamento, clique em “Novo”



Caso o credenciado possua CNPJ será necessário informar qual dentista do corpo clínico está realizando a solicitação.

No campo "**Usuário**" insira os dados do beneficiário.
É possível localizá-lo utilizando o CPF, número da carteirinha ou o nome completo.
Após preencher as informações, pressione a tecla "**Enter**" para que o sistema realize a busca.
Quando o beneficiário for localizado, clique na opção "**Salvar**" para concluir o processo.



Segurança ▾ Cadastros ▾ Cliente ▾ Orçamentos ▾ 2ª Via de Boletos

Salvar

Dados do Orçamento

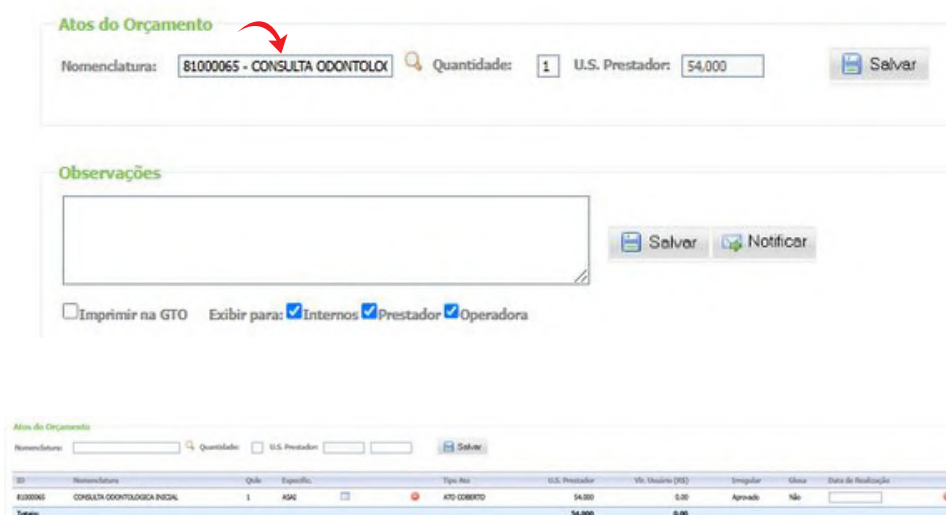
ID Orçamento: Senha de Autorização: Validade da Autorização:

Prestador: 

Local de Atendimento:

Núcleo: ☐ Atendimento em Clínica Própria

Após salvar, o solicitante poderá incluir, na guia, os procedimentos que deseja autorização, inserindo o código TUSS no campo "**nomenclatura**" que fica em "**Atos do Orçamento**" e clicar na opção "**Salvar**"



Atos do Orçamento

Nomenclatura: Quantidade: U.S. Prestador: **Salvar**

Observações

Salvar **Notificar**

☐ Imprimir na GTO Exibir para: ☒ Internos ☒ Prestador ☒ Operadora

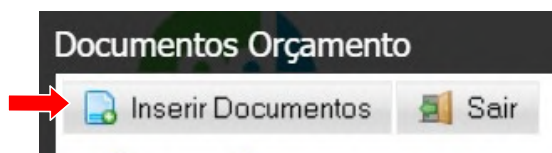
Atos do Orçamento

Nomenclatura: Quantidade: U.S. Prestador: **Salvar**

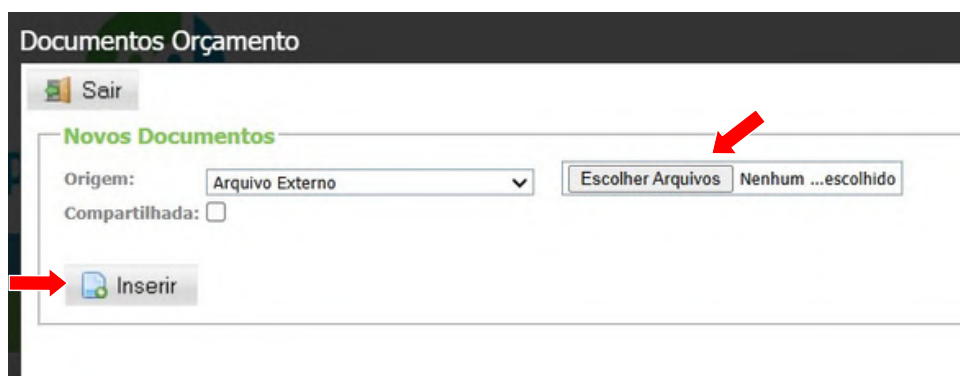
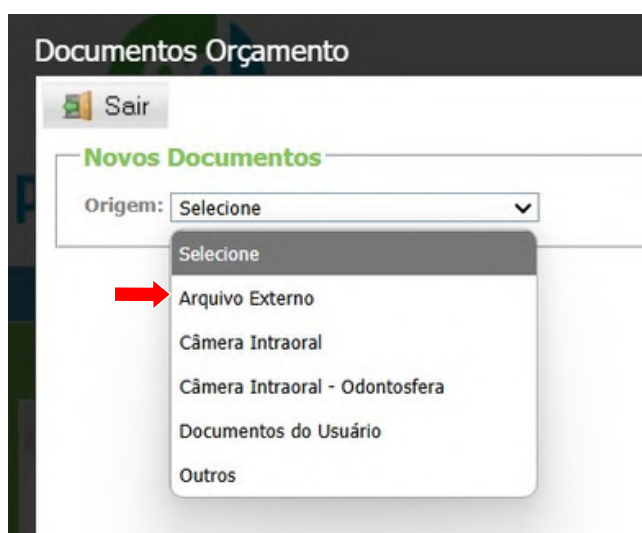
ID	Nomenclatura	Qtd	Especific	Tipo At	U.S. Prestador	Vto. Usuário (R\$)	Regular	Class	Data de Realização
81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	1	ASD		54,000	0,00	Aprovado	Não	
Total:					54,000	0,00			

4. Anexo de Documentos

Após incluir os procedimentos na guia, caso seja necessário anexar documentos, acesse a aba "Documentos" e clique em "Inserir Documentos".

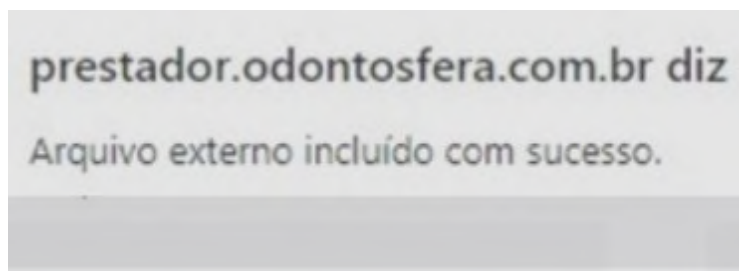


Na opção "Origem" selecione "Arquivo Externo" e, em seguida, clique em "Escolher Arquivos/Ficheiros" para selecionar o documento desejado na pasta do seu computador.

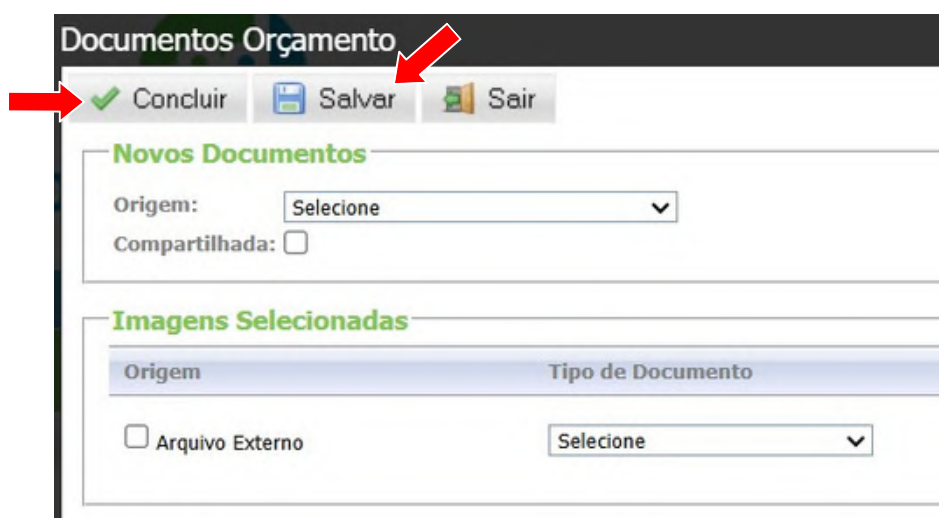


Após escolher o arquivo, clique em "Inserir"

Uma mensagem de confirmação aparecerá informando que o arquivo foi incluído com sucesso.



Após incluir o arquivo, é necessário associá-lo ao procedimento correspondente e identificar o tipo de documento (fotografia inicial, radiografia final, receituário, etc). Em seguida, clique em "Salvar" e depois em "Concluir" para finalizar o processo.



Documentos Orçamento

✓ Concluir  Salvar  Sair

Novos Documentos

Origem: ▼

Compartilhada: ☐

Imagens Selecionadas

Origem	Tipo de Documento
☐ Arquivo Externo	Selecione ▼

prestador.odontosfera.com.br diz

Documento associado com sucesso.

OK

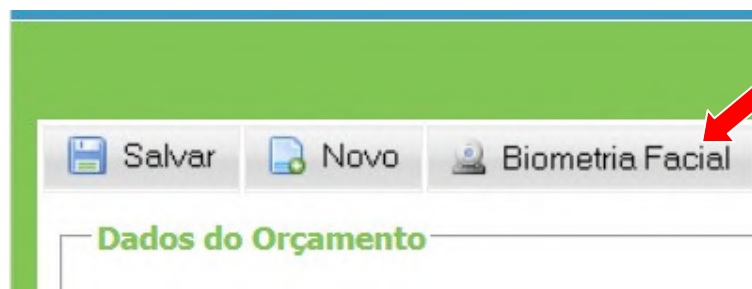
prestador.odontosfera.com.br diz

Documento salvo com sucesso.

OK

5. Biometria Facial - Inicial

Para aprovar uma guia ou solicitar a aprovação para a auditoria, é necessário realizar a primeira captura de Biometria Facial do beneficiário.

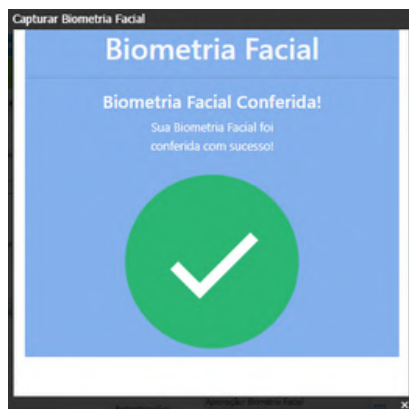


Acesse a aba "**Biometria Facial**" e escolha a forma como deseja realizar a captura: por meio de uma webcam ou utilizando um celular.



Após a captura da foto é preciso clicar em "**Validar Biometria Facial**".

Após a validação, o sistema informará que a biometria facial foi conferida com sucesso.



Após realizar a Biometria Facial e atualizar a página, será exibida uma nova aba com as opções “Aprovar” ou “Solicitar Aprovação”

Salvar Novo **Aprovar** Documentos

Dados do Orçamento

ID Orçamento: 30146 Senha de Autorização:

Prestador: PRODENTAL TESTE

Salvar Novo **Solicitar Aprovação** Documentos

Dados do Orçamento

ID Orçamento: 30146 Senha de Autorização:

Prestador: PRODENTAL TESTE

Aprovação do Orçamento

Aprovar Sair

Prestador: PRODENTAL TESTE Registro: 0001

Usuário Titular: USUARIO TESTE

Data de Nascimento: 25/10/1971 Idade (anos): 53

Data da Aprovação: 03/02/2025

Recebimento

Tipo de Cobrança:

Cond. Pagamento Usuário:

Data de Inicio de Recebimento Usuário:

Cond. Pagamento Cliente:

Data de Inicio de Recebimento Cliente:

Conta Movimentos:

Emissão do Documento de Cobrança: ☐ Emissão da Fatura do Usuário: ☐

prestador.odontosfera.com.br diz
O Orçamento foi Aprovado.

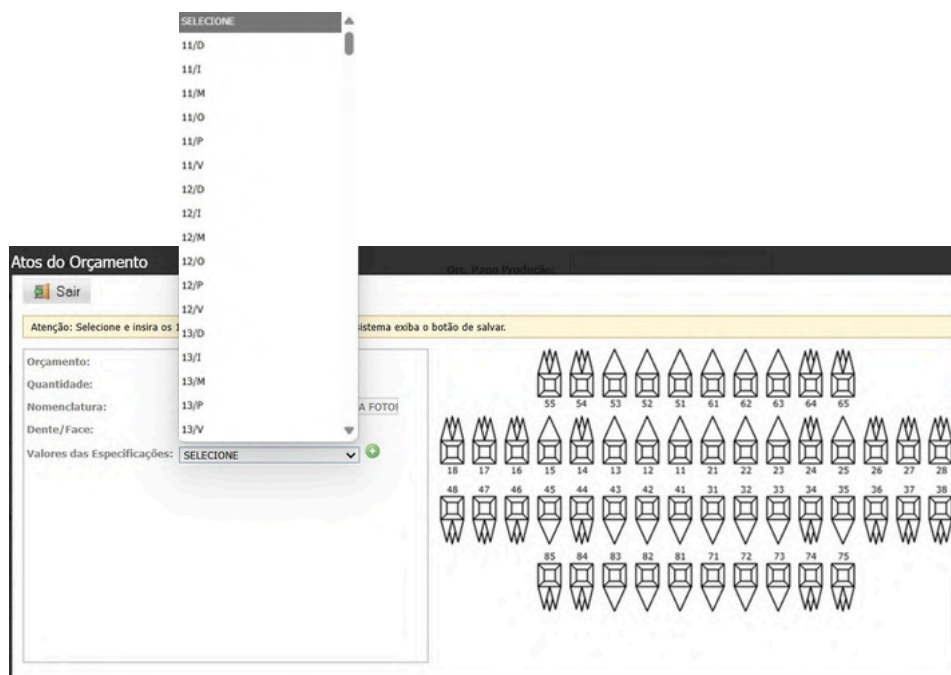
OK

Caso os procedimentos não exijam a análise da auditoria inicial, a liberação será automática ao clicar novamente em "Aprovar"

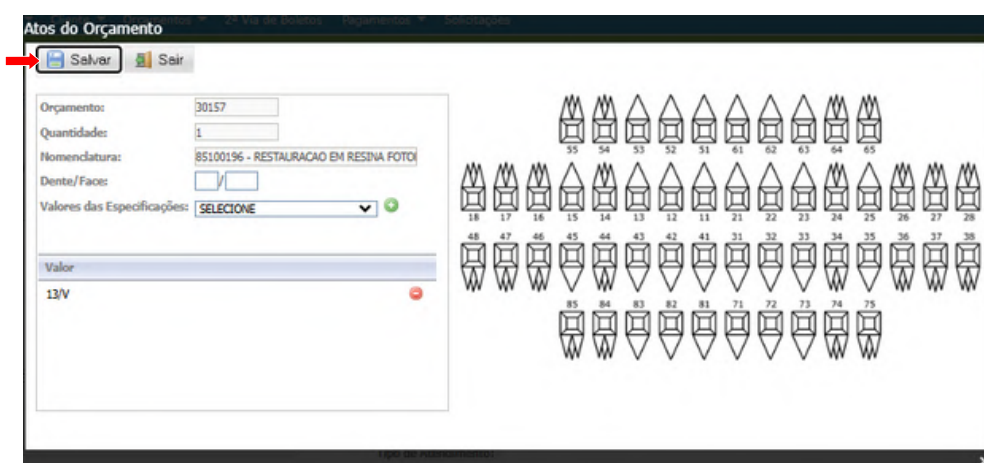
Segue um exemplo de solicitação de procedimentos que devem passar pela auditoria prévia:

Após inserir o código do procedimento em “**Nomenclatura**” e clicar em “**Salvar**”, você será direcionado para a janela do odontograma, onde deverá selecionar os dentes e suas faces.

Se preferir, também pode acessar as opções prontas em “Valores das Especificações”, onde estarão disponíveis todas as combinações previamente cadastradas. Além disso, é possível digitar o dente e a face desejados.



Após selecionar o dente e a face desejados, basta clicar em “**Salvar**”, a opção ficará disponível ao lado de “**Sair**”



Após salvar a especificação desejada, o sistema emitirá um alerta informando a necessidade de anexar as imagens de diagnóstico. Clique em “**OK**” para continuar.

Procedimentos que não são aprovados imediatamente e precisam passar pela análise inicial da nossa auditoria, geralmente ficam com status de “irregularidade”. Para continuar, basta prosseguir com as etapas da solicitação e anexar foto do diagnóstico ou radiografia.

prestador.odontosfera.com.br diz

(Irr.6) - Este ato necessita de comprovação. (85100196)

OK

Após realizar a biometria facial, clique na aba “Solicitar Aprovação”.

A partir desse momento, a guia será encaminhada para análise da auditoria.

Após isso, o status da guia será alterado automaticamente para “Aprovação Solicitada”, indicando que ela está em análise da auditoria.

prestador.odontosfera.com.br diz

Atenção: O Orçamento foi enviado para aprovação.

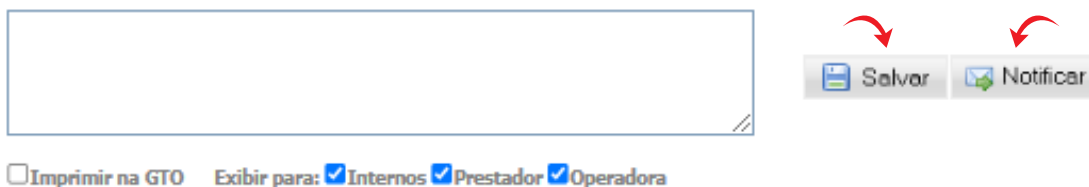
OK

Status:	APROVAÇÃO SOLICITADA*	
Emissão:	03/02/2025 15:46	13786619662
Aprovação Solicitada:	03/02/2025 15:51	13786619662
Aprovação:		
Exec. Aprovação:		

O prestador deve acompanhar as guias pelo portal e realizar o atendimento somente quando a guia estiver com o status “Aprovado”.

7. Cancelamento de Guia

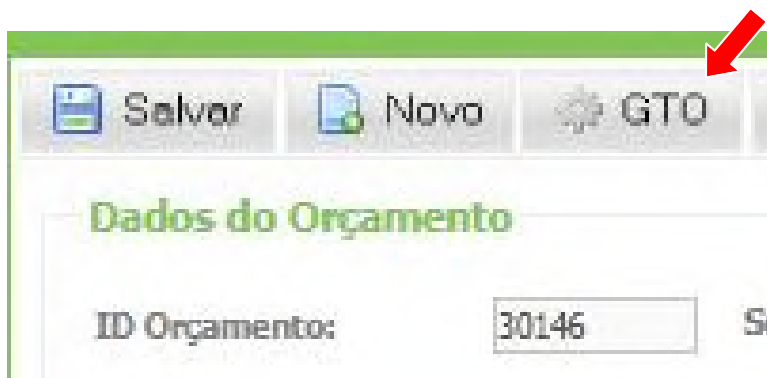
Para cancelamentos de orçamentos, deve-se enviar email para: auditoria@prodentalbrasil.com.br, informando o número da guia a ser cancelada, nome do beneficiário e motivo do cancelamento, ou inserir a solicitação no campo “Observações” dentro da própria guia, clicar em “Salvar” e em seguida “Notificar”.



The image shows a text input field for 'Observações'. To its right are two buttons: 'Salvar' (Save) and 'Notificar' (Notify). Red arrows point from the top of the 'Observações' field to both buttons. Below the field, there is a checkbox 'Imprimir na GTO' and a label 'Exibir para:' followed by three checked checkboxes: 'Internos', 'Prestador', and 'Operadora'.

8. Biometria Facial - Final

Após a aprovação da guia e a finalização do atendimento, é necessário realizar uma segunda Biometria Facial, dessa vez, na aba “GTO”



The image shows a software interface for 'Dados do Orçamento' (Budget Data). At the top, there are three tabs: 'Salvar' (Save), 'Novo' (New), and 'GTO' (GTO). A red arrow points to the 'GTO' tab, indicating it should be selected. Below the tabs, the 'ID Orçamento:' (Budget ID) is displayed as '30146'.

Biometria Facial

Biometria Facial Seir

Envio de Token

☒ WebCam ☐ Celular

Sms Beneficiário Celular: OUTRO Telefone:

☐ Atualizar Cadastro

☐ Ignorar Autenticação Motivo:

Procedimentos Realizados

	Especificação	Data de Realização
☒ Itens do Orçamento		
☒ CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	ASAI	03/02/2025

Marque todos os procedimentos e clique em “**Biometria Facial**”



prestador.odontosfera.com.br diz

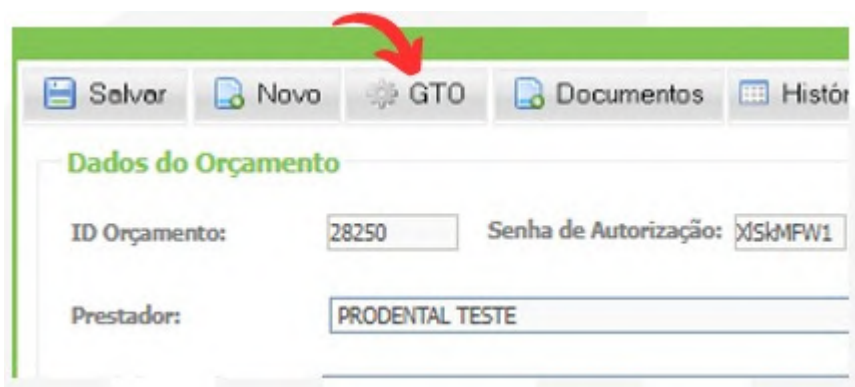
ASSINATURA CONCLUÍDA COM SUCESSO!

OK

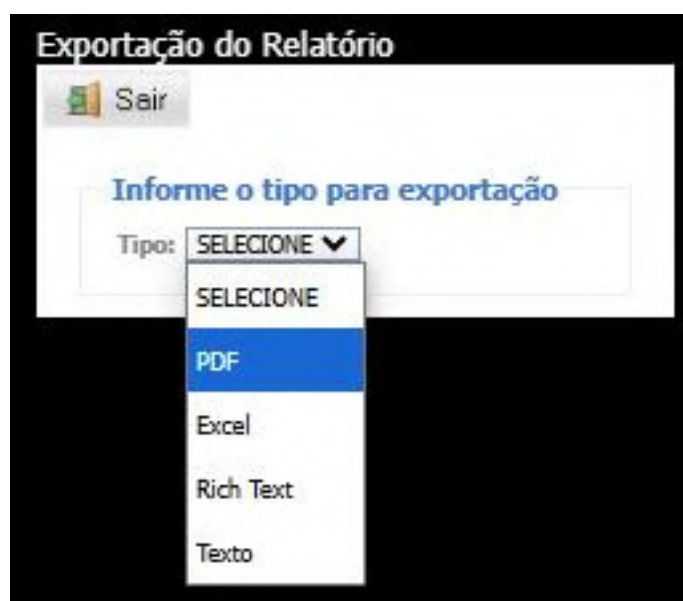
9. Impressão de Guia

A operadora não exige a guia impressa, mas caso o prestador deseje imprimi-la para controle da clínica, o sistema permite essa opção assim que a GTO estiver com o status "Aprovado" e com a biometria final realizada.

Com a biometria final realizada deverá clicar na aba **GTO** conforme a imagem:



Irá aparecer a tela abaixo, é preciso clicar na opção **PDF** para que o download seja concluído.



Após o download do arquivo, basta abri-lo e realizar a impressão.

10. Faturamento/Fechamento de Lote

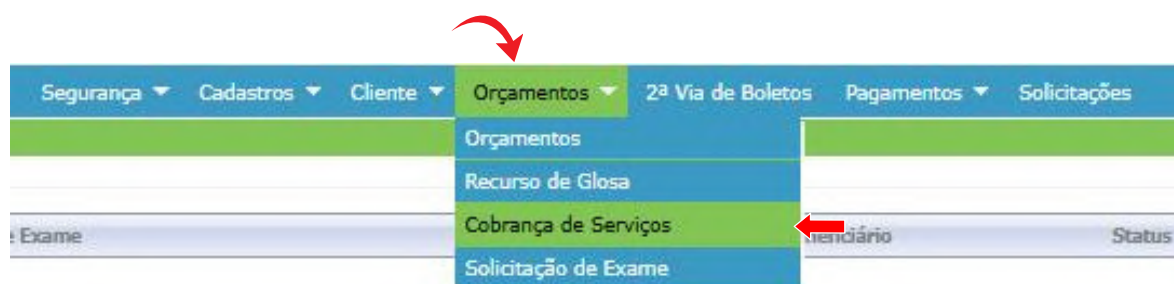
É de extrema importância que os lotes de cobrança sejam criados e enviados até a data de fechamento, **20 (vinte)** de cada mês, para que as guias sejam faturadas e pagas no mês seguinte ao do envio.

O envio dos lotes de cobrança é de responsabilidade do prestador.

Caso não sejam enviados, as guias não serão faturadas.

Se enviados após a data de fechamento, o pagamento dessa produção será realizado no mês subsequente.

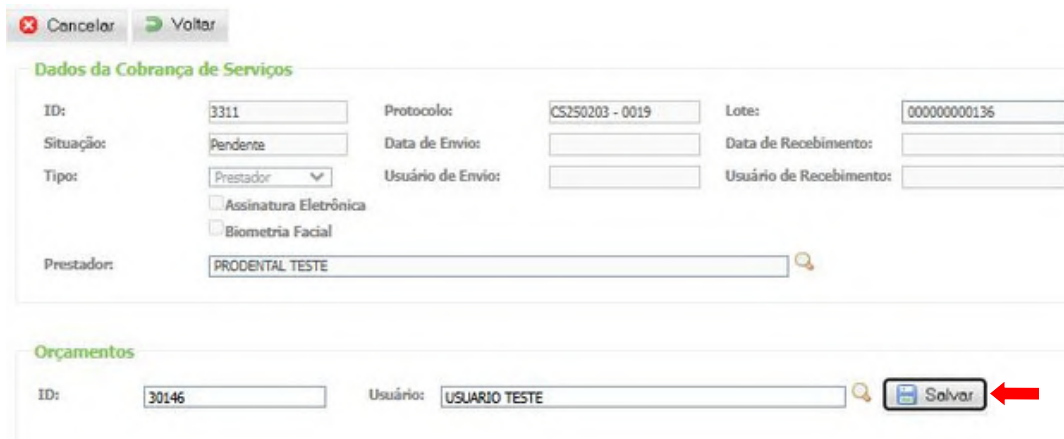
Para criar lotes de cobrança, o prestador deve acessar a aba “**Orçamentos**” e clicar na opção “**Cobrança de Serviços**”.



Utilize a aba “**Filtrar**” para buscar lotes criados e a aba “**Novo**” para criar um novo lote.



Dentro do lote criado, na seção “Orçamentos”, o prestador pode incluir as guias individualmente, utilizando o ID ou o nome do usuário, e clicar em “Salvar”.



Dados da Cobrança de Serviços

ID: 3311 Protocolo: C5250203 - 0019 Lote: 000000000136

Situação: Pendente Data de Envio: Data de Recebimento:

Tipo: Prestador Usuário de Envio: Usuário de Recebimento:

☐ Assinatura Eletrônica

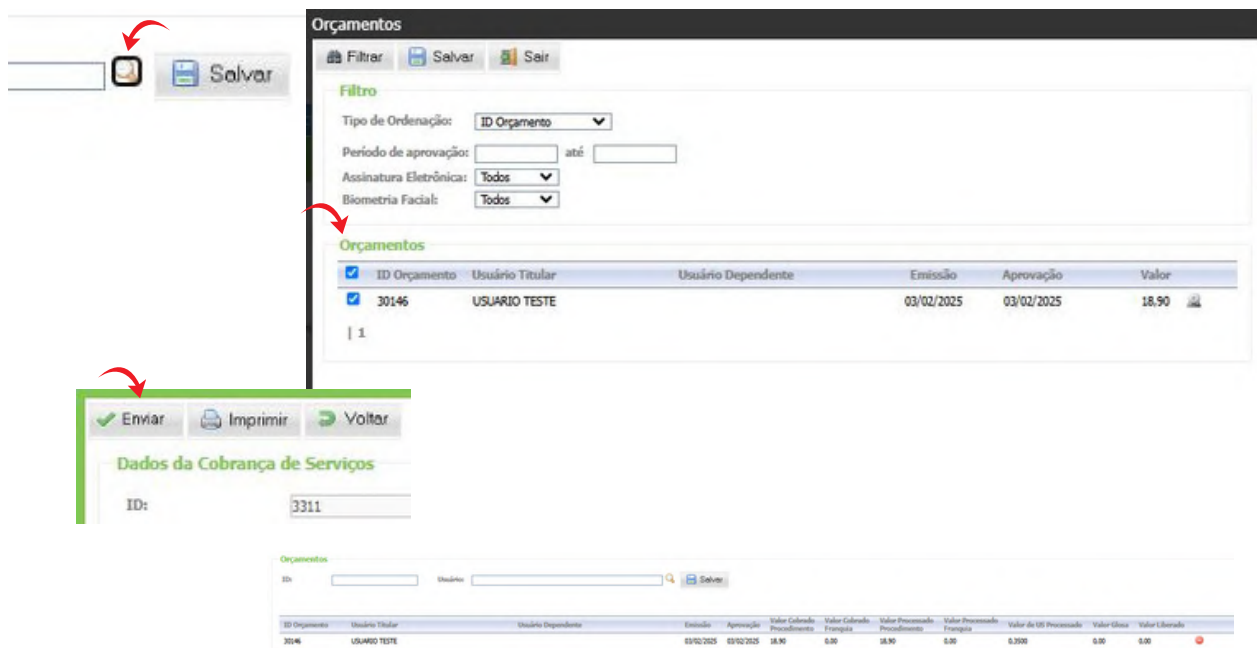
☐ Biometria Facial

Prestador: PRODENTAL TESTE

Orçamentos

ID: 30146 Usuário: USUARIO TESTE **Salvar**

Existe um atalho para localizar as guias de forma mais fácil: basta clicar na lupa ao lado de salvar. Nessa opção você pode selecionar várias guias de uma só vez. Depois, é só clicar em “Salvar” e, por fim, em “Enviar”.



Orçamentos

Filtrar Salvar Sair

Filtro

Tipo de Ordenação: ID Orçamento

Período de aprovação: até

Assinatura Eletrônica: Todos

Biometria Facial: Todos

Orçamentos

ID Orçamento	Usuário Titular	Usuário Dependente	Emissão	Aprovação	Valor
☒ 30146	USUARIO TESTE		03/02/2025	03/02/2025	18.90

| 1

Enviar Imprimir Voltar

Dados da Cobrança de Serviços

ID: 3311

Orçamentos

ID: Usuário: Salvar

ID Orçamento	Usuário Titular	Usuário Dependente	Emissão	Aprovação	Valor Colado	Valor Colado	Valor Processado	Valor Processado	Valor de US Processado	Valor Glóss	Valor Usado
30146	USUARIO TESTE		03/02/2025	03/02/2025	18.90	0.00	18.90	0.00	0.0000	0.00	0.00

Após clicar na opção “**Enviar**”, é necessário confirmar o envio do lote de cobrança.

prestador.odontosfera.com.br diz

Confirma enviar a cobrança de serviços?

ATENÇÃO: Após essa ação essa cobrança não poderá mais ter orçamentos inseridos.



Após o envio do lote de cobrança, é necessário aguardar a conclusão da auditoria final e a liberação da produção para pagamento.

11. Nota Fiscal

Quando liberado para pagamento, ficará disponível um demonstrativo com o relatório detalhado das guias faturadas e o valor a ser utilizado para a emissão da nota fiscal.

Para visualizar o demonstrativo, basta clicar na aba “**Pagamentos**” e selecionar a opção “**Demonstrativo**”.



Em “**Fechamentos Realizados**” nos ícones à direita da tela, estarão disponíveis os relatórios e a opção “**Documentos**”, onde a nota fiscal deve ser anexada para pagamento.

Prazo para anexar nota fiscal	Valor Proventos	Nota Fiscal anexada	Núcleo	Data do Fechamento	Situação	Data do Pagamento	
	48,00	Não		20/01/2025 09:15:00	Pagamento efetuado	30/01/2025	
	159,20	Não		20/12/2024 09:13:00	Pagamento efetuado	30/12/2024	
	158,21	Não		21/11/2024 08:16:00	Pagamento efetuado	29/11/2024	
	356,60	Não		22/10/2024 13:30:00	Pagamento efetuado	30/10/2024	
	71,10	Não		20/09/2024 16:18:00	Pagamento efetuado	30/09/2024	
	71,10	Não		23/08/2024 08:05:00	Pagamento efetuado	30/08/2024	
	490,40	Não		24/07/2024 14:18:00	Pagamento efetuado	22/08/2024	
	52,10	Não		25/06/2024 16:15:00	Pagamento efetuado	04/07/2024	
	542,60	Não		22/05/2024 12:02:00	Pagamento efetuado	29/05/2024	
	761,30	Não		25/04/2024 11:34:00	Pagamento efetuado	30/04/2024	

Em “**Documentos**”, basta selecionar o tipo de documento, escolher o arquivo, preencher os demais campos e “**Salvar**”.

A imagem mostra a interface do sistema para adicionar documentos. No topo, há uma barra de título "Documentos" com botões "Salvar" e "Sair". Abaixo, o formulário "Novos Documentos" contém campos para "Tipo:", "Descrição:", "Compartilhar:" e "Documento:". O menu de seleção para "Tipo:" está aberto, mostrando as opções: "Selecione", "CUPOM FISCAL", "E-MAIL", "NOTA FISCAL" (destacada em azul), "RECIBO" e "RPA".

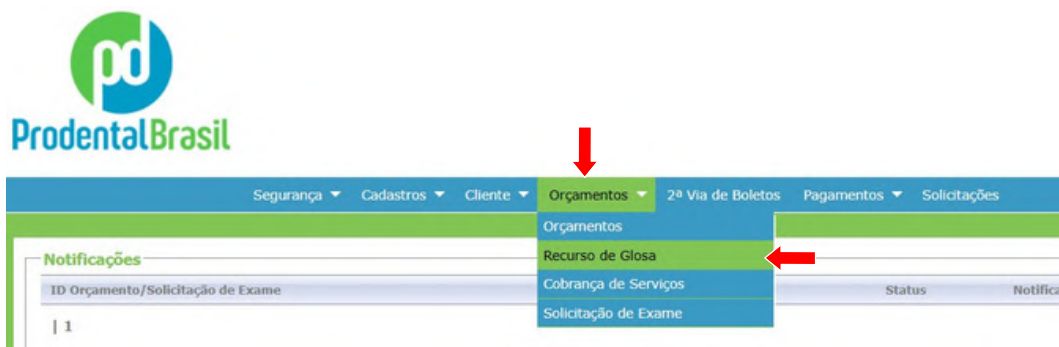
Após anexar a nota fiscal, basta aguardar até a data do pagamento.

A remuneração será realizada no dia **30 (trinta)** do mês subsequente à prestação dos serviços, ou no primeiro dia útil posterior, caso o dia 30 caia em um sábado, domingo ou feriado.

O pagamento será conforme a tabela odontológica de honorários e procedimentos cobertos, com a dedução dos tributos e da parcela glosada, conforme estipulado pelo contrato.

12. Recurso de Glosa

Para criar um recurso de glosa, clique na aba “Orçamentos”, e depois em recurso de glosa.



Na página seguinte clique em “Novo”.

Depois clique na lupa, para buscar as glosas:

Na página seguinte, selecione a guia/procedimento que será recursada(o), e em seguida clique em “Inserir Documentos/Justificativa”



Orçamentos Glosados

Filtrar Inserir Documentos/Justificativa Sair

Filtro

Id Orçamento:

Usuário:

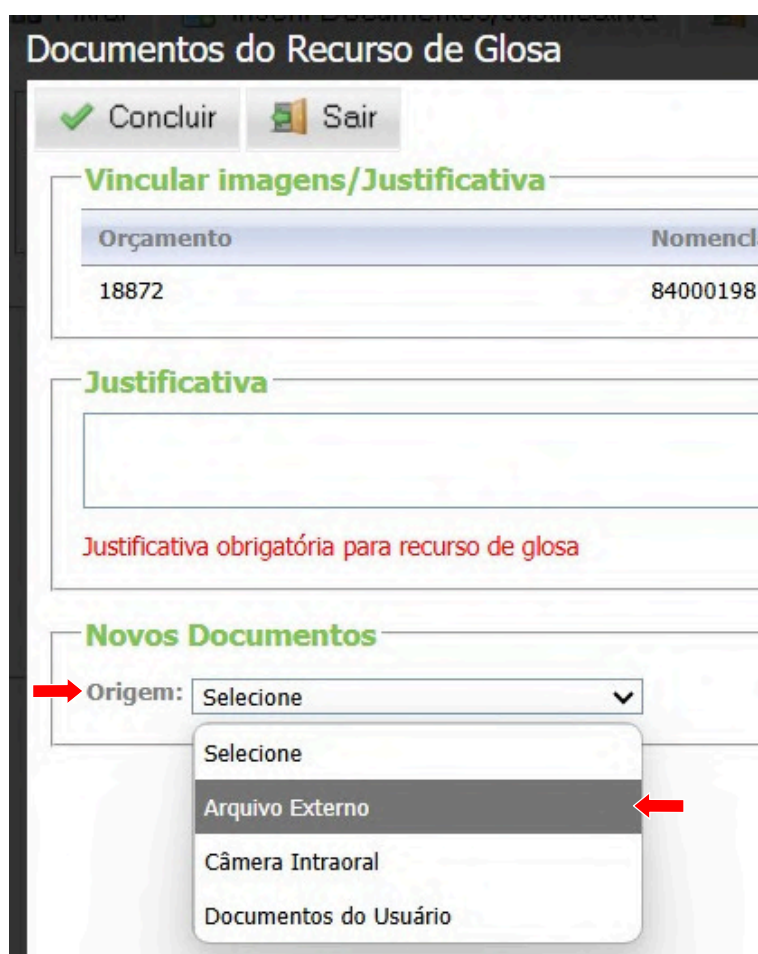
Orçamentos com Glosas

* período de hoje até um ano atrás na listagem de orçamentos (exceto ao informar o Id Orçamento e Usuário no filtro acima).

ID Orçamento	Usuário Titular	Usuario Dependente	Preço
☐ 18872	USUARIO TESTE		84000198
☐ 18872	USUARIO TESTE		85000198

1

Em seguida, em “Origem”, selecione “Arquivo Externo” e selecione a imagem que você anexará



Documentos do Recurso de Glosa

Concluir Sair

Vincular imagens/Justificativa

Orçamento	Nomenclatura
18872	84000198

Justificativa

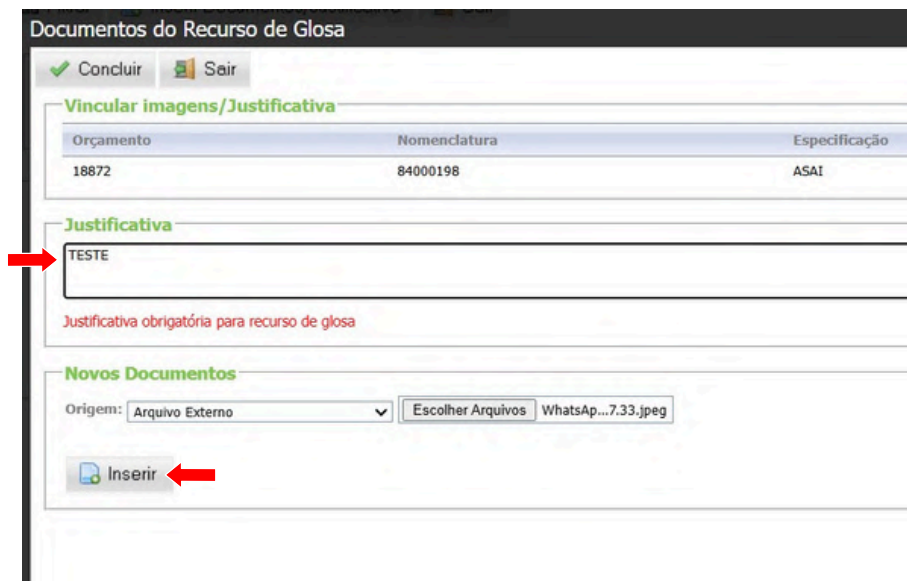
Justificativa obrigatória para recurso de glosa

Novos Documentos

Origem: Seleccione

- Seleccione
- Arquivo Externo
- Câmera Intraoral
- Documentos do Usuário

Depois de escolher a imagem, não esqueça de escrever a justificativa no campo específico.
Por fim clique em “Inserir”



Documentos do Recurso de Glosa

✓ Concluir Sair

Vincular imagens/Justificativa

Orçamento	Nomenclatura	Especificação
18872	84000198	ASAI

Justificativa

TESTE

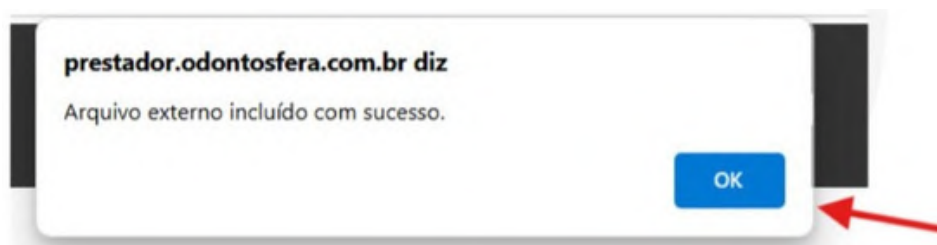
Justificativa obrigatória para recurso de glosa

Novos Documentos

Origem: Arquivo Externo Escolher Arquivos WhatsApp...7.33.jpeg

Inserir

Em seguida clique em “OK” na caixa de mensagem que aparecerá



Na página seguinte, clique em “Concluir”



Documentos do Recurso de Glosa

✓ Concluir Sair

Vincular imagens/Justificativa

Orçamento	Nomenclatura	Especificação
18872	84000198	ASAI

Justificativa

TESTE

Justificativa obrigatória para recurso de glosa

Novos Documentos

Origem: Arquivo Externo Escolher Arquivos WhatsApp...7.33.jpeg

Inserir

Após clicar em concluir, outra caixa de mensagem aparecerá, clique em “OK” novamente



Nesse momento, se o prestador quiser incluir mais orçamentos/guia no mesmo recurso, basta clicar na lupa e iniciar o processo novamente.

Para finalizar clique em “Enviar”, na página que abrirá e depois em “OK” na caixa de mensagem que aparecerá




O sistema é intuitivo e de fácil compreensão, porém, em caso de dúvidas, entre em contato com a Prodental Brasil.

Contato Central PD Brasil: (31) 2391-5811

AUDITORIA



Pro dental Brasil

A Prodental Brasil, visando a excelência nos atendimentos, solicita imagens prévias de tratamentos conforme avaliação de necessidade e risco, com vistas a colaborar com o credenciado e zelar pela integridade e hígidez de nossos beneficiários.

A Tabela de Procedimentos orienta sobre quais destes procedimentos exigem imagem para aprovação inicial e final. Para construirmos o prontuário do beneficiário, é fundamental que as imagens (fotos ou radiografias) possibilitem a perfeita análise pelo cirurgião-dentista.

Imagens dentro dos padrões facilitam o entendimento e, conseqüentemente, o diagnóstico para futuros tratamentos. A auditoria usa o campo "**OBSERVAÇÃO**" da guia para registrar observações relevantes para a autorização.

Este campo de observação também pode ser usado pelo cirurgião dentista solicitante para resposta, ou para informar alguma observação importante.

Lembramos que a guia com observação inserida, necessitando de alguma adaptação, continua com o status **aprovação solicitada**.

Biometria facial é uma tecnologia de identificação que utiliza as características únicas do rosto do paciente para autenticação.

No contexto odontológico, essa tecnologia é usada como uma “**assinatura digital**” do paciente, registrando sua concordância e autorização em procedimentos e documentos.

É importante ressaltar que a biometria facial é exclusivamente vinculada ao rosto do paciente cadastrado, sendo impossível capturar ou utilizar a face de outra pessoa para substituir o registro.

Essa característica garante segurança, confiabilidade e conformidade com as normas de privacidade, aplicando-se a todos os pacientes e beneficiários da Prodental Brasil.

Guias que não forem enviadas com a biometria do paciente solicitante estarão sujeitas a glosa.

Os procedimentos executados que não apresentarem conformidade técnica ou não seguirem as diretrizes de utilização presentes na tabela e nesse manual, estarão sujeitas a glosa.

O prestador tem até 60 dias, após receber o demonstrativo, para fazer o recurso de glosa.

A auditoria tem 30 dias para avaliar o recurso de glosa do prestador.

Dúvidas quanto ao motivo das glosas podem ser solucionadas através da auditoria técnica da operadora pelo número: (31) 2391-5811.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES SOBRE FOTOGRAFIAS

- Devem possuir foco, nitidez e contraste adequados.
- Se possível, secar a superfície do dente antes de realizar a fotografia.
- Aparecer na foto todas as faces acometidas.
- Imagens inadequadas, que não permitem avaliação adequada, poderão ser glosadas.
- Imagens adequadas são aquelas que permitem visualizar a necessidade do tratamento solicitado pelo prestador credenciado.



IMAGEM ADEQUADA

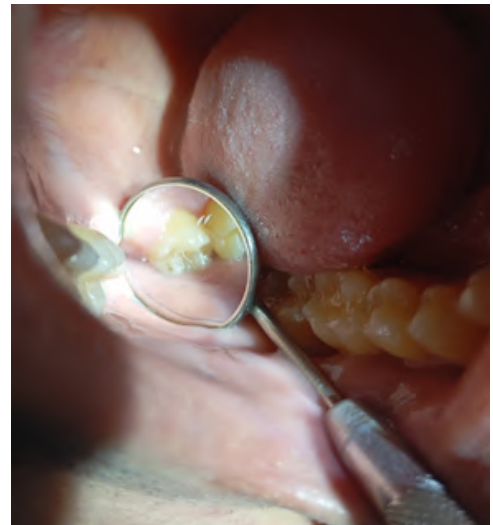


IMAGEM INADEQUADA

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES SOBRE RADIOGRAFIAS

- As radiografias deverão conter nitidez, angulação e revelação adequadas.
- Deverão obrigatoriamente conter o nome do paciente e a data de realização do exame.
- Não cortar o ápice ou coroa do dente avaliado.
- Radiografias sem identificação são passíveis de glosa.

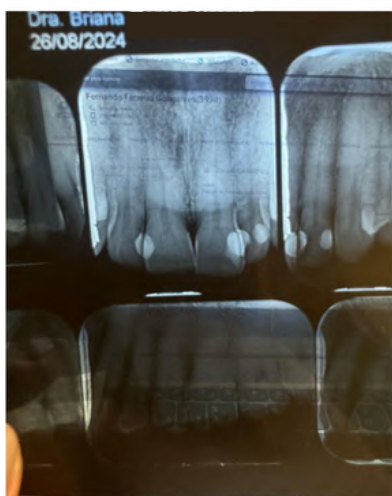


IMAGEM INADEQUADA



IMAGEM ADEQUADA

ORIENTAÇÕES SOBRE SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

- O pedido do cirurgião-dentista deve conter o nome do paciente, justificativa válida para a solicitação, data, assinatura e carimbo do cirurgião-dentista.
- Radiografias panorâmicas e levantamento periapical estão sujeitas a auditoria prévia (inicial).
- Radiografias bite-wings e periapicais não necessitam de autorização prévia (inicial).

TABELA REGIÕES RADIOGRAFIA PERIAPICAL		
RMSD	Região Molar Superior Direito	18-17-16
RPSD	Região de Pré-Molar Superior Direito	14-15
RCSD	Região Canino Superior Direito	13
RIS	Região Incisivo Superior	12-11-21-22
RCSE	Região Canino Superior Esquerdo	23
RPSE	Região de Pré-Molar Superior Esquerdo	24-25
RMSE	Região de Molar Superior Esquerdo	26-27-28
RMID	Região de Molar Inferior Direito	46-47-48
RPID	Região de Pré- Molar Inferior Direito	44-45
RCID	Região de Canino Inferior Direito	43
RII	Região Incisivo Inferior	42-41-31-32
RCIE	Região de Canino Inferior Esquerdo	33
RPIE	Região de Pré-Molar inferior Esquerdo	34-35
RMIE	Região de Molar Inferir Esquerdo	36-37-38

REGIÕES RADIOGRAFIAS INTERPROXIMAIS		
RMD	Região de Molar direito	18-17-16-48-47-46
RPD	Região de Pre-Molar Direito	15-14-45-44
RME	Região de Molar Esquerdo	28-27-26-38-37-36
RPE	Região de Pré-Molar Esquerdo	25-24-35-34

A seguir, apresentamos a Tabela de Procedimentos e as respectivas diretrizes de utilização (DUT's) para cada área. Esta tabela serve como orientação para solicitação dos procedimentos.

A **LONGEVIDADE** dos procedimentos refere-se ao tempo de vida útil dos procedimentos e tratamentos odontológicos.

Em caso de insucesso do procedimento executado dentro do período esperado de longevidade, o dentista responsável deverá refazê-lo, sem custos adicionais para a operadora ou o paciente.

Caso o paciente mude de clínica e seja comprovada a necessidade de refazer o procedimento, os custos correspondentes poderão ser descontados do dentista que realizou o tratamento originalmente.

As guias que foram aprovadas e não concluídas em até 90 dias serão canceladas automaticamente. Será necessário fazer nova guia para ter o procedimento autorizado novamente.

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS - REDE				
CÓD. TUSS	PROCEDIMENTO	REGIÃO/DENTE	DUT's (Diretrizes de Utilização)	VALIDADE
DIAGNÓSTICO				
81000065	Consulta odontológica inicial	ASAI	Inclui planejamento e adequação do meio bucal.	6 meses
PREVENÇÃO				
84000031	Aplicação de cariotático	ASAI	Idade máxima permitida até 06 anos.	Única
84000074	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras	DENTE	Autorizado apenas para dentes hígidos. Dentes permanentes recém erupcionados. Máximo até 07 anos para deciduos, primeiros molares até 08 anos e segundos molares até 13 anos de idade.	Única
84000198	Profilaxia: polimento coronário	ASAI	Inclui fluoroterapia, orientação em higiene bucal.	6 meses
4220002	Dut Raspagem Supragengival Dentes Anteriores	AI-AS	Idade acima de 15 anos. Raspagem supra gengival de dentes anteriores superiores e inferiores.	6 meses
RADIOLOGIA				
81000375	Radiografia Interproximal - bite-wing	POR REGIÃO	Máximo 04 regiões. Exige justificativa.	6 meses
81000383	Radiografia oclusal	ARCADA	Exige justificativa.	6 meses
81000405	Radiografia panorâmica	ASAI	Exige justificativa. Não é pago junto ao levantamento periapical.	6 meses
81000294	Levantamento periapical	ASAI	Máximo 14 tomadas radiográficas. Exige justificativa. Não é pago junto à radiografia panorâmica.	6 meses
81000421	Radiografia periapical	POR REGIÃO	Verificar a qualidade técnica da angulação nitidez e revelação. Exige justificativa.	6 meses
ODONTOPEDIATRIA				
81000014	Condicionamento em Odontologia	ASAI	Para crianças de até 7 anos. Limitado a 02 sessões/ano. Não poderá ser lançado com procedimento eletivo.	6 meses

83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	DENTE	Relato de diagnóstico e fotografia inicial.	24 meses
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	DENTE	Relato de diagnóstico e fotografia inicial.	24 meses
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	DENTE	Relato de diagnóstico e fotografia inicial.	24 meses
83000089	Exodontia simples de decíduo	DENTE	Fotografia inicial.	Única
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	DENTE	Radiografia inicial e final.	Única
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	DENTE	Relato de diagnóstico e radiografia inicial e final.	Única
85000787	Imobilização dentária em dentes deciduos	DENTE	Relato de diagnóstico e fotografia inicial e final.	
DENTÍSTICA				
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	DENTE	Fotografia inicial e final. Procedimentos com finalidade estética não serão autorizados.	24 meses
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	DENTE	Fotografia inicial.	24 meses
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	DENTE	Fotografia inicial.	24 meses
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	DENTE	Fotografia inicial.	24 meses
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	DENTE	Fotografia inicial.	24 meses
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	DENTE	Fotografia inicial.	24 meses
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	DENTE	Fotografia inicial.	24 meses
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	DENTE	Fotografia inicial.	24 meses
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	DENTE	Fotografia inicial.	24 meses
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	DENTE	Fotografia inicial.	24 meses
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	DENTE	Fotografia inicial com marca de carbono.	24 meses
85400211	Núcleo de preenchimento	DENTE	Radiografia inicial e fotografia final.	24 meses
ENDODONTIA				

85100013	Capeamento pulpar direto	DENTE	Radiografia inicial.	Única
85200042	Pulpotomia	DENTE	Somente em dentes decíduos.	Única
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	DENTE	Radiografia inicial e final	Única
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	DENTE	Radiografia inicial e final. Para auditoria final: se houver qualquer dúvida em relação ao tratamento, será necessário obrigatoriamente o encaminhamento do termo endodôntico (observar termo específico da Prodentel Brasil).	Única
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	DENTE	Radiografia inicial e final. Para auditoria final: se houver qualquer dúvida em relação ao tratamento, será necessário obrigatoriamente o encaminhamento do termo endodôntico (observar termo específico da Prodentel Brasil).	Única
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	DENTE	Radiografia inicial e final. Para auditoria final: se houver qualquer dúvida em relação ao tratamento, será necessário obrigatoriamente o encaminhamento do termo endodôntico (observar termo específico da Prodentel Brasil).	Única
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	DENTE	Radiografia inicial e final. Para auditoria final: se houver qualquer dúvida em relação ao tratamento, será necessário obrigatoriamente o encaminhamento do termo endodôntico (observar termo específico da Prodentel Brasil).	Única
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	DENTE	Radiografia inicial e final. Para auditoria final: se houver qualquer dúvida em relação ao tratamento, será necessário obrigatoriamente o encaminhamento do termo endodôntico (observar termo específico da Prodentel Brasil).	Única
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	DENTE	Radiografia inicial e final. Para auditoria final: se houver qualquer dúvida em relação ao tratamento, será necessário obrigatoriamente o encaminhamento do termo endodôntico (observar termo específico da Prodentel Brasil).	Única

85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	DENTE	Radiografia inicial e final. Para auditoria final: se houver qualquer dúvida em relação ao tratamento, será necessário obrigatoriamente o encaminhamento do termo endodôntico (observar termo específico da Pro dental Brasil).	Única
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	DENTE	Radiografia inicial e final. Para auditoria final: se houver qualquer dúvida em relação ao tratamento, será necessário obrigatoriamente o encaminhamento do termo endodôntico (observar termo específico da Pro dental Brasil).	Única
PERIODONTIA				
82000212	Aumento de coroa clínica	DENTE	Fotografia inicial e final. Anexar encaminhamento do dentista solicitante.	12 meses
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	SEXTANTE	Relato de diagnóstico com profundidade de bolsa da região, RX inicial - 30 dias após a raspagem subgingival. Idade mínima 20 anos.	12 meses
82000557	Cunha proximal	DENTE	Relato de diagnóstico e fotografia inicial.	6 meses
82000662	Enxerto gengival livre	SEXTANTE	Relato de diagnóstico informando área doadora e fotografia inicial.	12 meses
82000689	Enxerto pediculado	SEXTANTE	Relato de diagnóstico e fotografia inicial.	12 meses
82000921	Gengivectomia	SEXTANTE	Relato de diagnóstico e fotografia inicial e final.	6 meses
82000948	Gengivoplastia	SEXTANTE	Relato de diagnóstico e fotografia inicial e final. (Não autorizado com finalidade estética).	6 meses
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes (ferulização)	DENTE	Relato de diagnóstico. Fotografia inicial e final.	6 meses
85300039	Raspagem subgingival/alisamento radicular	QUADRANTE	Relato de diagnóstico, com a profundidade de bolsa da região. Radiografia inicial. Acima de 18 anos.	6 meses
85300047	Raspagem supragengival	ASAI	Idade acima de 15 anos. Fotografia inicial.	6 meses
URGÊNCIA				
81000049	Consulta odontológica de Urgência	ASAI	Relato de diagnóstico. Imagem (fotografia ou radiografia) inicial. Não lançar junto ao procedimento eletivo.	00 meses
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	DENTE	Relato de diagnóstico. Não lançar junto ao procedimento eletivo.	00 meses

82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	DENTE	Relato de diagnóstico. Não lançar junto ao procedimento eletivo.	00 meses
82001022	Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	HAID, HAIE, HASD, HASE	Relato de diagnóstico. Fotografia inicial. Não lançar junto ao procedimento eletivo.	00 meses
82001030	Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	HAID, HAIE, HASD, HASE	Relato de diagnóstico. Radiografia inicial. Não lançar junto ao procedimento eletivo.	00 meses
82001197	Redução simples de luxação de articulação têmporo-mandibular (ATM)	ASAI	Relato de diagnóstico. Não lançar junto ao procedimento eletivo.	00 meses
82001251	Reimplante dentário com contenção	DENTE	Relato de diagnóstico. Radiografia inicial. Não lançar junto ao procedimento eletivo.	00 meses
82001650	Tratamento de alveolite	DENTE	Relato de diagnóstico. Não lançar junto ao procedimento eletivo.	00 meses
85100048	Colagem de fragmentos dentários	DENTE	Relato de diagnóstico. Fotografia inicial e final. Não lançar junto ao procedimento eletivo.	00 meses
85200034	Pulpectomia	DENTE	Radiografia inicial e final. Não lançar junto ao procedimento eletivo.	00 meses
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes (ferulização)	DENTE	Relato de diagnóstico. Fotografia inicial. Não lançar junto ao procedimento eletivo.	00 meses
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	DENTE	Relato de diagnóstico. Fotografia inicial e final. Não lançar junto ao procedimento eletivo.	00 meses
CIRURGIA (EM CONSULTÓRIO)				
82000034	Alveoloplastia	HAID, HAIE, HASD, HASE	Relato de diagnóstico.	Única
82000158	Apicectomia multirradiculares com obturação retrógrada	DENTE	Radiografia inicial e final. Relato de diagnóstico. Anexar termo endodôntico.	Única
82000166	Apicectomia multirradiculares sem obturação retrógrada	DENTE	Radiografia inicial e final. Relato de diagnóstico. Anexar termo endodôntico.	Única
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo (sulcoplastia)	HAID, HAIE, HASD, HASE	Relato de diagnóstico.	Única
82000239	Biópsia de boca	AS AI	Relato de diagnóstico. Fotografia inicial e final.	Única
82000298	Bridectomia	AS AI	Relato de diagnóstico. Fotografia inicial e final.	Única

82000360	Cirurgia para torus mandibular - bilateral	AI	Relato de diagnóstico. Fotografia inicial.	Única
82000387	Cirurgia para torus mandibular - unilateral	AI	Relato de diagnóstico. Fotografia inicial.	Única
82000395	Cirurgia para torus palatino	AS	Relato de diagnóstico. Fotografia inicial.	Única
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	AS AI	Relato de diagnóstico. Radiografia inicial.	Única
82000794	Exérese ou excisão de mucocoele	ASAI	Relato de diagnóstico.	Única
82000808	Exérese ou excisão de rânula	ASAI	Relato de diagnóstico.	Única
82000816	Exodontia a retalho	DENTE	Radiografia inicial.	Única
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	DENTE	Radiografia inicial. Laudo do ortodontista/protetista.	Única
82000859	Exodontia de raiz residual	DENTE	Radiografia inicial.	Única
82000875	Exodontia simples de permanente	DENTE	Radiografia inicial.	Única
82000883	Frenulectomia labial	LS LI	Relato de diagnóstico. Fotografia inicial e final.	Única
82000891	Frenulectomia lingual	AI	Relato de diagnóstico. Fotografia inicial e final.	Única
82001073	Odonto-seção	DENTE	Radiografia inicial e final.	Única
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	HAID, HAIE, HASD, HASE	Relato de diagnóstico.	Única
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	SEXTANTE	Relato de diagnóstico.	Única
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	SEXTANTE	Relato de diagnóstico.	Única
82001286	Remoção de dentes inclusos/ impactados	DENTE	Radiografia inicial.	Única
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos/ impactados	DENTE	Radiografia inicial.	Única
82001367	Remoção de odontoma	HAID, HAIE, HASD, HASE	Relato de diagnóstico. Radiografia inicial e final.	Única
82001529	Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal	HASE, HASD	Relato de diagnóstico.	Única
82001596	Trat. cir. de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região BMF	HAID, HAIE, HASD, HASE	Relato de diagnóstico.	Única
82001618	Trat. cir. dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	HAID, HAIE, HASD, HASE	Relato de diagnóstico.	Única
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução	HAID, HAIE, HASD, HASE	Relato de diagnóstico.	Única
82001707	Ulectomia	DENTE	Relato de diagnóstico e fotografia inicial.	Única
82001715	Ulotomia	DENTE	Relato de diagnóstico e fotografia inicial.	Única
PRÓTESE				
85400076	Coroa provisória com ou sem pino	DENTE	Fotografia inicial e final.	Única
85400114	Coroa total em cerâmico	DENTE	Radiografia inicial e final. Somente para dentes anteriores.	60 meses
85400149	Coroa total metálica	DENTE	Radiografia inicial e final. Somente para dentes posteriores.	60 meses
85400220	Núcleo metálico fundido	DENTE	Radiografia inicial e final.	48 meses
85400262	Pino pré fabricado	DENTE	Radiografia inicial e final.	60 meses
85400556	Restauração metálica fundida	DENTE	Radiografia inicial e final.	60 meses
PD BRASIL - ANO 2025				

- Para exodontias é exigido raio X inicial.
- Biopsia: exigido fotografia inicial, final e relato de diagnóstico.
- O profissional sempre deverá avaliar a possibilidade de preservação do dente antes de sua extração. Em casos em que não seja possível visualizar motivo para a exodontia, e que haja outra possibilidade de tratamento, enviar um laudo informando a justificativa para a extração e a ciência do paciente em ter optado pela exodontia.
- Em caso de exodontia com finalidade ortodôntica ou protética, anexar o encaminhamento do dentista solicitante.
- Avaliar criteriosamente a situação clínica e radiográfica para solicitar o código correto de exodontia.

- Todas as faces acometidas devem ser solicitadas no mesmo código. Será autorizado um código por dente.
- É necessário enviar foto para auditoria inicial, foto que mostre todas as faces acometidas, conforme regras da tabela de Diretrizes de Utilização - DUT's.
- Por questões de adesão, não serão autorizados emendas entre restaurações de materiais diferentes.
- Não serão autorizados troca de restauração de amalgama por resina, ou troca de resina manchada com finalidade estética.
- Não serão autorizadas restaurações cervicais com retração gengival menor que 4mm ou cavidades rasas.
- Em casos de dentes tratados endodonticamente, avaliar remanescente dental, observando critérios de indicação, devido ao risco de fratura.

FACE	L	LINGUAL
	P	PALATINA
	M	MESIAL
	D	DISTAL
	O	OCLUSAL
	I	INCISAL
	V	VESTIBULAR

- Antes de solicitar o tratamento de canal, é preciso avaliar a situação periodontal do dente, observando lesões de endo-pério e periodontais.
- Em caso de doença periodontal, bolsa periodontal ou mobilidade, é necessário enviar laudo do periodontista informando sobre situação, para que haja aprovação.
- Para endodontia multirradicular e birradicular a radiografia final deve apresentar dissociação de condutos.
- Em casos de intercorrências, como extravasamento ou obturação aquém, anexar termo de consentimento livre e esclarecido, informando prognóstico e contendo assinatura do paciente. Termo em anexo no sistema.
- Para repasse de pagamento a radiografia final deve conter boa nitidez, boa visualização dos condutos obturados, e um bom posicionamento do dente no filme, com o periápice aparente.

- Para coroas e exodontias em decíduos é exigido apenas fotografia inicial.
- Pulpotomia exige radiografia inicial e final.
- Para tratamento endodôntico em dentes decíduos, será necessário avaliar a fase de esfoliação dental. Não autorizado em fase de esfoliação adiantada. Necessário envio de radiografia inicial e final.
- Imobilização de decíduos exige relato de diagnóstico e fotografia inicial e final.
- Os selantes são indicados e autorizados apenas para dentes hígidos. Dentes permanentes recém erupcionados. Máximo até 07 anos para decíduos. Primeiros molares até 08 anos de idade e segundos molares até 13 anos de idade.

- O procedimento de Raspagem Supragengival não passa por auditoria inicial, mas necessita de foto para comprovação da indicação clínica, ou seja, será feita auditoria final e, em não sendo comprovada a indicação clínica, o procedimento será glosado. Permitido apenas para pacientes acima de 15 anos.
- O procedimento de Raspagem Subgengival necessita de laudo informando sobre profundidade das bolsas periodontais, e envio de radiografia inicial (panorâmica ou preferencialmente levantamento periapical).
- Cirurgia a retalho só poderá ser realizada 30 dias após a raspagem subgengival. Somente para pacientes acima de 20 anos com relato de diagnóstico e radiografia inicial.

- Todos os tratamentos protéticos necessitam de autorização prévia.
- A pré-aprovação avalia critérios de necessidade e correta indicação da solicitação em relação a anatomia do dente. Também é avaliado a qualidade do tratamento endodôntico, e situação periodontal.
- Em casos que há tratamento endodôntico insatisfatório é necessário enviar laudo informando sobre o tratamento e se há sintomatologia dolorosa.
- A auditoria avalia critérios como: se há excesso ou falta de material e se os pontos de contato e adaptação estão adequados.
- Necessário envio de radiografia final.

- Toda radiografia tirada em clínica radiológica obrigatoriamente deve conter o nome do paciente e a data de realização.
- Periapicais avulsas e bite-wings não passam por auditoria inicial, mas necessitam da solicitação do dentista com justificativa.
- Levantamento periapical e panorâmica passam por auditoria inicial, e necessitam de justificativa no pedido do dentista solicitante.

- A consulta de urgência, pela sua própria natureza, não poderá ser lançada junto a procedimentos eletivos. É liberada instantaneamente e sem necessidade de qualquer análise prévia.
- Para o efetivo pagamento faz-se necessário envio de relato de diagnóstico e imagem inicial e final, em conformidade com a tabela de procedimentos.
- Enviar apenas um código para urgência dentre os seguintes: consulta ou o de procedimento de urgência.

TERMOS



Pro dental Brasil

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

Nome da clínica:

Data de atendimento:

Nome do dentista:

Nome do paciente:

Nº da carteira:

Código do procedimento:

Dente:

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:

Possibilidade de sucesso do tratamento: ☐ Favorável ☐ Desfavorável

Período mínimo previsto para acompanhamento: _____

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 do meu dentista de 6 em 6 meses para controle do
caso.

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 do paciente - data - telefone

Assinatura do CD - data - carimbo

(Anexo 02)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE

Tratamento endodôntico realizado por não credenciado Pro dental Brasil

Eu, _____ RG: _____
 declaro estar ciente da necessidade de realizar uma prótese em meu dente _____
 e de já possuir tratamento de canal realizado por outro dentista não credenciado da
 operadora Pro dental Brasil, 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 a realização do tratamento.

_____, _____ de _____ de 20 _____

 Assinatura do paciente - data - telefone

 Assinatura do CD - data - carimbo

(Anexo 03)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE

Tratamento endodôntico e Núcleo metálico fundido realizados por não credenciado Pro dental Brasil

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), realizados por
 outro dentista não credenciado da operadora Pro dental Brasil, não apresentando no
 momento qualquer dor ou incômodo.

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

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

Conclusão:

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 a realização do tratamento.

_____, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do paciente - data - telefone

Assinatura do CD - data - carimbo

(Anexo 04)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE

Remoção de núcleo metálico fundido ou pino pré-fabricado

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

_____, _____ de _____ de 20 _____

 Assinatura do paciente - data - telefone

 Assinatura do CD - data - carimbo

(Anexo 05)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE

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, podendo ser 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 a extração do dente em questão.
- Possibilidade de ocorrência de fratura de instrumentos dentro da raiz do dente (nesse caso o dentista decide se pode ser deixado no local ou se deverá ser removido através de cirurgia).
- Perfuração do canal radicular através do uso de instrumentos, que poderá necessitar de intervenção cirúrgica.
- Perda prematura do dente devido à 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 contaminações, 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 a realização do tratamento endodôntico proposto.

_____, _____ de _____ de 20 _____

 Assinatura do paciente - data - telefone

 Assinatura do CD - data - carimbo

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO DE PRÓTESE

Eu, _____ RG: _____

CPF: _____ declaro que o Dr(a) _____

tirou todas as minhas dúvidas e prestou todas as informações relacionadas:

1. Ao tratamento de prótese que realizei;
2. Às condições dos dentes presentes na boca;
3. Aos tratamentos que são necessários e devem ser realizados antes de instalar a prótese, como: tratamento de canal, tratamento periodontal, entre outros.

Declaro que o dentista responsável explicou que há outras alternativas de tratamento, e que optei de livre e espontânea vontade pelo tratamento proposto na GTO _____.

Caso o tratamento planejado seja de próteses provisórias, comprometo-me a providenciar o tratamento definitivo no prazo máximo de 06 (seis) meses. Assim, tendo recebido todas as informações acima, reitero que desejo por minha livre opção, executar o tratamento mencionado, comprometendo-me a seguir as recomendações do cirurgião-dentista quanto aos retornos de acompanhamento e manutenções das próteses.

_____, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do paciente - data - telefone

Assinatura do CD - data - carimbo

TERMO DE CIÊNCIA E OPÇÃO POR ATENDIMENTO PARTICULAR

Eu, _____ RG: _____
 declaro que fui informado(a) pelo(a) dentista _____
 de que o procedimento _____ possui
 cobertura pelo plano odontológico PRODENTAL BRASIL, respeitadas as regras contratuais e
 os protocolos clínicos aplicáveis.

Entendo que, ao optar por realizar o referido procedimento de forma particular, assumo a
 responsabilidade integral pelo resultado e pagamento, conforme os valores informados
 previamente pela clínica/profissional.

Estou ciente de que, ao realizar o procedimento de forma particular, a operadora do plano
 odontológico **não será responsável pelo custeio ou reembolso** deste procedimento, nem
 por eventual resultado adverso.

Declaro ainda que minha decisão foi tomada de forma livre e consciente, sem qualquer
 tipo de coação ou pressão por parte do(a) dentista ou da clínica.

_____, _____ de _____ de 20 _____

 Assinatura do paciente - data - telefone

 Assinatura do CD - data - carimbo



Resp. técnico: Dr. Luiz Antônio Dutra Ladeira
CRO MG - 8784
Pro dental Brasil Assistência Odontológica LTDA
36.186.642/0001-74
Rua dos Timbiras, nº 2213, salas 1101, 1102, 1103
Ed. Empresarial Diamond Trade
Lourdes, Belo Horizonte/MG
Telefone: 31 2391-5811
www.prodentalbrasil.com.br

ANS nº 422355