



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 nessa missão tão importante: garantir acesso à saúde bucal de qualidade para todos. Nossa operadora 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 e tem como principal finalidade servir de guia para o seu dia a dia conosco.

Aqui, você encontrará 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, entre 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 - 3
2. Página Inicial	4 - 8
3. Solicitação de Autorizações	9 - 12
4. Anexo de Documentos	13 - 15
5. Aprovação da Guia	16 - 17
6. Status da Guia	18 - 19
7. Cancelamento de Guia	20 - 21
8. Biometria Facial - Assinatura	22 - 26
9. Impressão de Guia	27
10. Faturamento/Fechamento de Lote	28 - 30
11. Pagamentos	31
12. Nota Fiscal (Pessoa Jurídica)	32
13. Assinatura RPA (Pessoa Física)	33 - 34
14. Recurso de Glosa	35 - 38

AUDITORIA

15. Orientações Gerais	39
16. Biometria	40
17. Glosas e Recursos de Glosas	41
18. Orientações sobre Fotografias	42 - 44
19. Orientações sobre Radiografias	45
20. Orientações sobre Solicitação de Exames	46
21. Procedimentos e Tabelas de Procedimentos	47 - 57

TERMOS

22. Intercorrências em Endodontia	66
23. Endodontia Realizada em Outra Clínica	67
24. Núcleo e Pino Realizados em Outra Clínica	68
25. Remoção de Núcleo	69
26. Endodontia	70
27. Prótese	72
Atendimento Particular	73

GUIAS



1. Acesso ao Portal

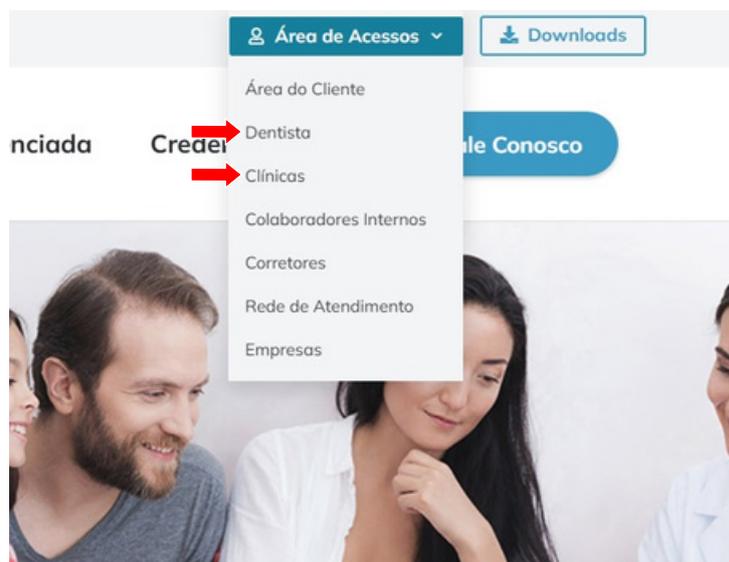
Para acessar o Portal do Prestador, visite nosso site ou acesse o app, e clique na opção “Área de Acessos”



www.prodentalbrasil.com.br



Para acessar o portal do prestador, selecione “Clínicas” para Pessoa Jurídica ou “Dentista” para Pessoa Física



Para efetuar o login, o prestador cadastrado como **Pessoa Jurídica** deve selecionar a opção “**Prestador**”, informar inicialmente o CNPJ da clínica e clicar em “**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 o CPF do usuário de acesso, a senha recebida por e-mail e clique na opção “**Entrar**”

Faça seu Login

CPF do Usuário:

Senha: 

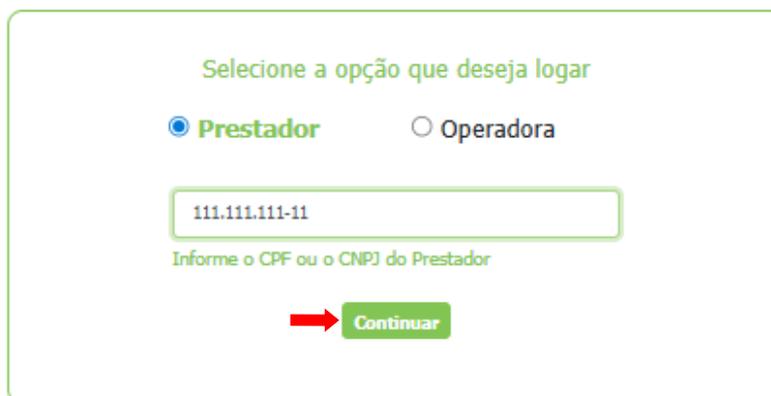
[Esqueci minha senha](#)

 **Entrar** **Voltar**

Para efetuar o login, o prestador cadastrado como **Pessoa Física** deve selecionar a opção “**Prestador**”, informar inicialmente o CPF de cadastro e clicar em “**Continuar**”

Bem vindo ao Portal!

Prestador e Operadora



Selecionar a opção que deseja logar

Prestador Operadora

111.111.111-11

Informe o CPF ou o CNPJ do Prestador

 **Continuar**

Após clicar em “**Continuar**”, insira dessa vez o CPF do usuário de acesso, a senha recebida por e-mail e clique na opção “**Entrar**”



Faça seu Login

CPF do Usuário: 111.111.111-11

Senha: 

[Esqueci minha senha](#)

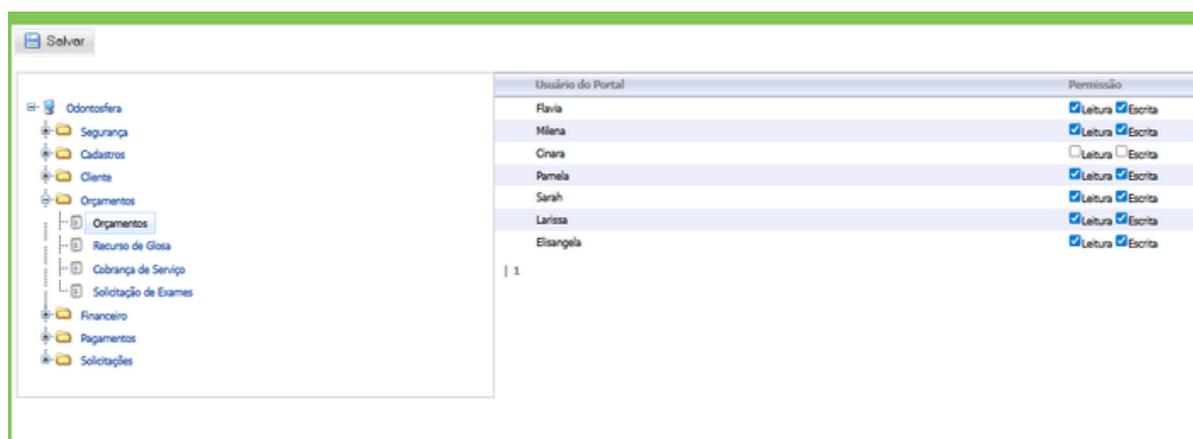
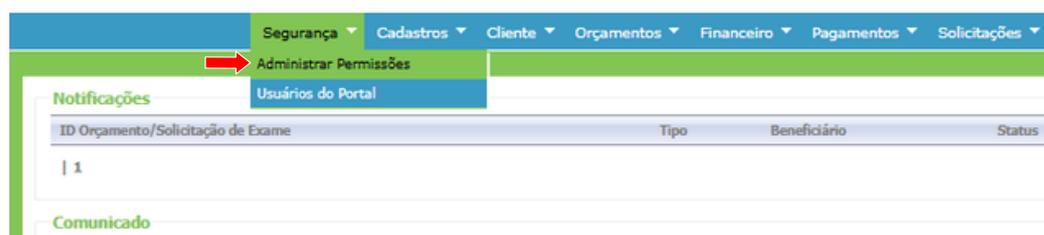
 **Entrar** **Voltar**

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.

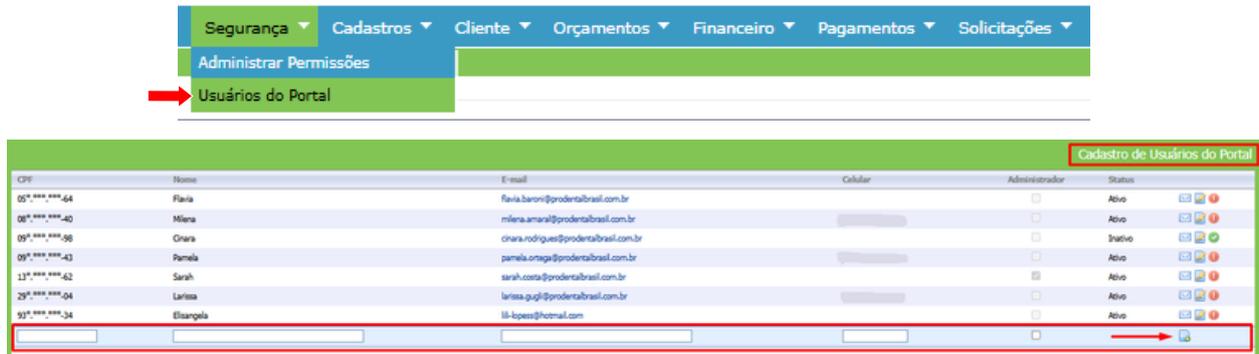
Recomendamos que leiam atentamente esses comunicados e acompanhem diariamente, pois são atualizados periodicamente.

A primeira opção do menu é a aba “**Segurança**”. Dentro dela, há duas seções: a primeira, “**Administrar Permissões**”, permite ao usuário limitar os acessos às informações dos menus.



A segunda, “**Usuários do Portal**”, pode ser utilizada para criar acessos independentes ao portal.

Essa funcionalidade é opcional e indicada, por exemplo, para o corpo clínico, permitindo que cada técnico acesse o portal com seus próprios dados.



A segunda opção do menu é a aba “**Cadastros**”, onde ficam os dados cadastrais do prestador, fornecidos no ato do credenciamento.



O prestador pode alterar, quando necessário, apenas o e-mail e telefone de contato, bem como o endereço do local de atendimento.

The image shows a form titled 'Endereço' with fields for CEP, Logradouro, Complemento, Bairro, Cidade, Estado, CEP de Endereço, Telefone, and Celular. A red arrow points to the 'consultar cep' button. Below the form is a table with provider details.

Tipo Endereço	Logradouro	Número	Complemento	Bairro	Cidade	CEP	Telefone	Celular	Fax
CONSULTORIO DENTISTA	R. DOS TIMBERAS	2213	SALA 1101 E 1102	LOURDES	Belo Horizonte	3014009	2803811	99907649	

The image shows a form titled 'Dados do Prestador' with fields for Id prestador, Nome, Nome Social, Nome da Mãe, Tipo, Pessoa Física/Jurídica, Matrícula, CPF, Sexo, Nascimento, Estado Civil, RG, Órgão Emissor, Dependentes IRRF, CRD, UF do CRD, CBO, Inscrição INSS, Inscrição ISS, PIS/PASEP, E-mail, and Clínica. A red arrow points to the 'Salvar' button. The E-mail field contains 'samuel.martins@prodentalbrasil.com.br;sarah.costa@prodentalbrasil.c'.

Também é possível visualizar as especialidades que o prestador optou por atender e que estão divulgadas pelo convênio.

Especialidade	Tipo	Data Inicio	Data Limite	Percentual %
CLÍNICO GERAL	Autorizado a atender			100,00
CIRURGIA	Autorizado a atender			100,00
PREVENÇÃO	Autorizado a atender			100,00
DENTÍSTICA	Autorizado a atender			100,00
DIAGNOSTICO	Autorizado a atender			100,00
ENDODONTIA	Autorizado a atender			100,00
ODONTOPEDIATRIA	Autorizado a atender			100,00
PERIODONTIA	Autorizado a atender			100,00
PROTESE	Autorizado a atender			100,00
RADIOLOGIA	Autorizado a atender			100,00
URGÊNCIA	Autorizado a atender			100,00
URGÊNCIA 24H	Autorizado a atender			100,00

A terceira opção do menu é a aba “**Cliente**”, que pode ser utilizada para verificar a situação cadastral do beneficiário e, quando houver, o tempo de carência.

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

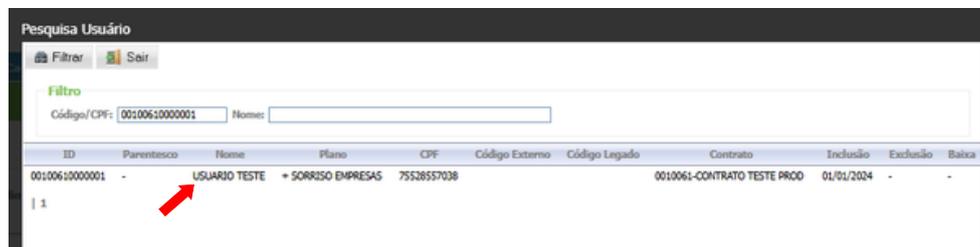


A busca pode ser realizada pelo **nome completo**, **CPF** do cliente ou **número da carteirinha**.

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

Insira o CPF, ou o número da carteirinha, ou o nome completo, no campo “**Usuário**” e clique no ícone da **lupa** ou em **filtrar** para iniciar a pesquisa.

Em seguida, clique no nome do beneficiário que receberá o atendimento e, depois, na opção “**Filtrar**”.



Em seguida, clique no nome do beneficiário que receberá o atendimento.

O cadastro do beneficiário será exibido, contendo o número da carteirinha, contrato e plano.

Também serão apresentadas as especialidades cobertas pelo convênio, assim como eventuais carências que o usuário possua para alguma delas.

Filtro

Tipo: Especialidade Procedimento

Especialidade: SELECIONE

Usuário: 00100610000001 - USUARIO TESTE

Nome: Parentesco: Titular

Contrato: 0010061 - CONTRATO TESTE PROD Plano: + SORRISO EMPRESAS

Especialidade	Coberto	Carência
29 - URGÊNCIA	Sim	0
30 - RADIOLOGIA	Sim	0
31 - PREVENCAO	Sim	0
32 - CIRURGIA	Sim	0
33 - DENTÍSTICA	Sim	0
34 - PERIODONTIA	Sim	0
35 - ENDODONTIA	Sim	0
36 - PROTESE	Sim	0
43 - ODONTOPEDIATRIA	Sim	0
71 - DIAGNOSTICO	Sim	0

| 1 | 2

Caso o prestador opte por visualizar a cobertura completa de procedimentos do beneficiário, basta alternar o tipo para “Procedimento” para iniciar a busca.

Filtro

Especialidad **Procedimento**

Especialidades: SELECCIONE

Procedimento:

Usuário: 00100610000001 - USUARIO TESTE

Nome: Parentesco: Titular

Contrato: 0010061 - CONTRATO TESTE PROD Plano: + SORRISO EMPRESAS

Especialidade	Procedimento	Coberto	Carência
72 - CLÍNICO GERAL	001 - Packs 1	Sim	0
31 - PREVENCAO	4220002 - Dut Raspagem Supra-gengival Dentes Anteriores	Sim	0
43 - ODONTOPEDIATRIA	81000014 - CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	Sim	0
71 - DIAGNOSTICO	81000030 - CONSULTA ODONTOLOGICA	Sim	0
29 - URGÊNCIA	81000049 - CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIA	Sim	0
71 - DIAGNOSTICO	81000065 - CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	Sim	0
30 - RADIOLOGIA	81000294 - LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (EXAME RADIODONTICO)	Sim	0
30 - RADIOLOGIA	81000375 - RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING	Sim	0
30 - RADIOLOGIA	81000383 - RADIOGRAFIA OCLUSAL	Sim	0
30 - RADIOLOGIA	81000405 - RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA,MAXILA (ORTOPANTOMOGRRAFIA)	Sim	0

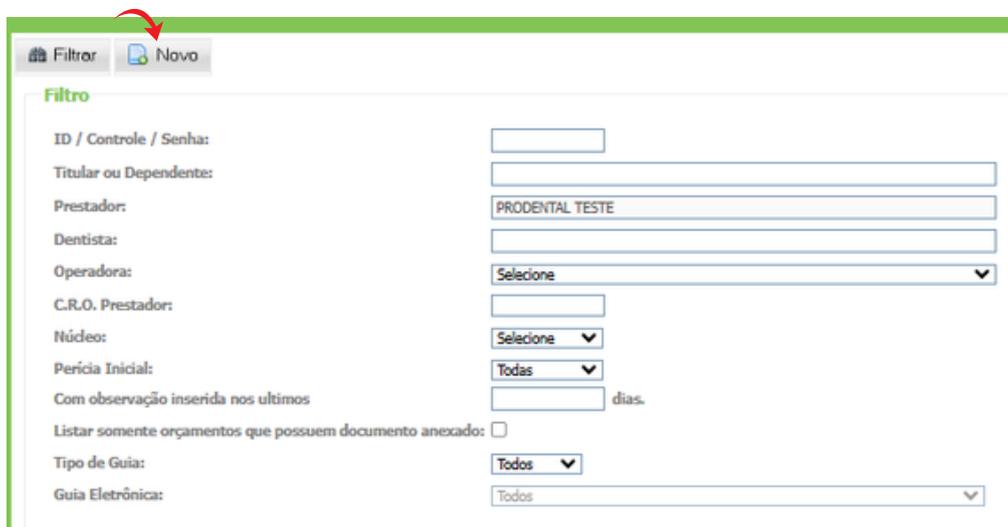
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Próximas 5

3. Solicitação de Autorizações

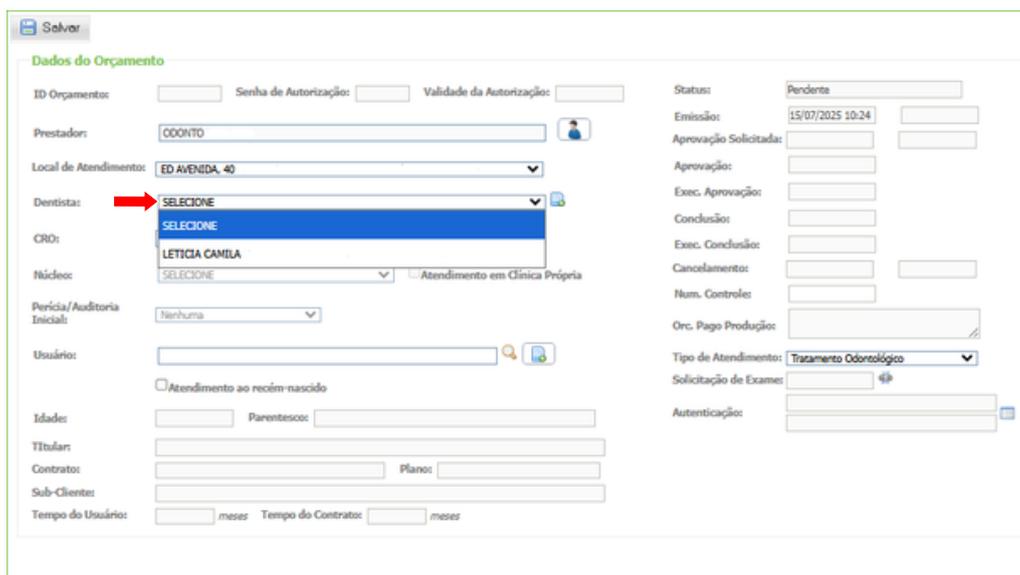
Para solicitar as autorizações é necessário clicar na aba “Orçamentos” e em seguida na primeira opção “Orçamentos”



Para gerar um novo orçamento, clique em “Novo”



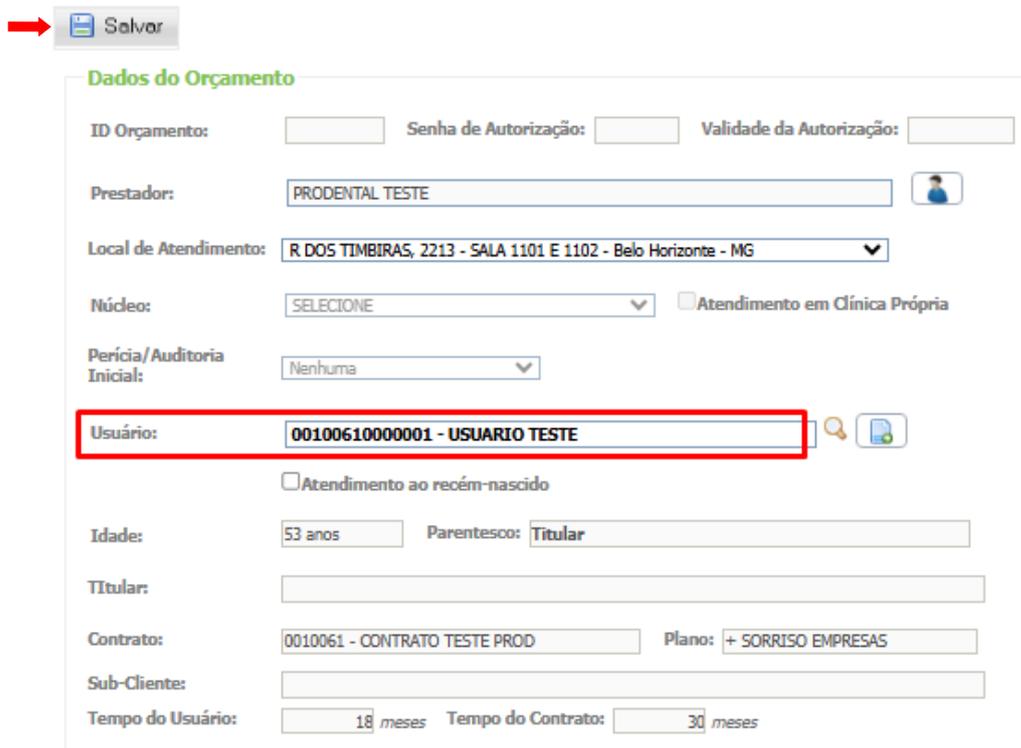
Caso o credenciado possua CNPJ será necessário informar qual dentista do corpo clínico está realizando a solicitação.



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**” ou clique no ícone da **lupa** para que o sistema realize a busca.

Quando o beneficiário for localizado, clique na opção “**Salvar**” para concluir o processo.



Dados do Orçamento

ID Orçamento: Senha de Autorização: Validade da Autorização:

Prestador: 

Local de Atendimento: 

Núcleo:  Atendimento em Clínica Própria

Perícia/Auditoria Inicial: 

Usuário:  

Atendimento ao recém-nascido

Idade: Parentesco:

Titular:

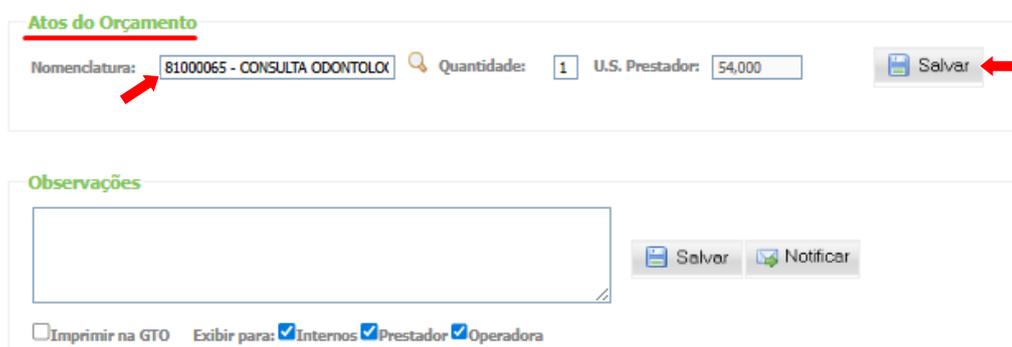
Contrato: Plano:

Sub-Cliente:

Tempo do Usuário: Tempo do Contrato:

Após salvar o orçamento, logo abaixo, em “**Atos do Orçamento**”, o solicitante poderá incluir os procedimentos que deseja autorização, inserindo o código TUSS ou o nome do procedimento, no campo “**nomenclatura**”. Depois de inserido, clique na opção “**Salvar**”.

Caso deseje incluir mais de um procedimento na mesma guia, repita esse passo para cada procedimento.



Atos do Orçamento

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

Observações

 **Salvar**  **Notificar**

Imprimir na GTO Exibir para: Internos Prestador Operadora

Após inserir o procedimento no campo “**Nomenclatura**”, caso deseje alterar a quantidade, basta clicar no campo correspondente, digitar o valor desejado e, em seguida, clicar em “**Salvar**”.

Atos do Orçamento

Nomenclatura: Quantidade: U.S. Prestador: ←

ID	Nomenclatura	Qtde	Especific.	Tipo Ato
81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	1	ASAI	ATO COBERTO
Totais:				

Você será direcionado para a janela do odontograma para selecionar o dente/face.

No campo “**Dente/Face**” insira o elemento desejado, clique no ícone para incluir e em seguida, em “**Salvar**”.

Atos do Orçamento Tipo de Atendimento:

Atenção: Seleccione e insira os 2 valores de especificação para que o sistema exiba o botão de salvar.

Orçamento:
 Quantidade:
 Nomenclatura:
 Dente/Face: →
 Valores das Especificações:

Atos do Orçamento Tipo de Atendimento:

→

Orçamento:
 Quantidade:
 Nomenclatura:
 Dente/Face:
 Valores das Especificações:

Valor
38
48

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

prestador.odontosfera.com.br diz

(Irr.6) - Este ato necessita de comprovação. (82001286)



É necessário anexar os documentos (foto, raio-X, pedido de raio-X, termos e laudos), conforme as exigências específicas de cada procedimento, antes de solicitar a aprovação da guia.

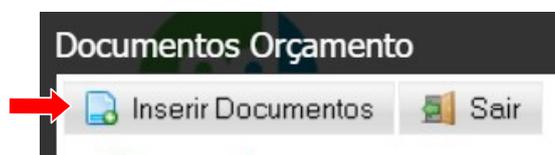
Para verificar o tipo de documento exigido para cada procedimento, consulte a tabela com os códigos TUSS e as diretrizes de utilização. Ela está vinculada ao contrato do prestador e também disponível no Portal do Prestador, na página inicial, na seção “**Documentos**” (material de apoio).

Data Cadastro	Biblioteca	Arquivo	Descrição
06/05/2025	MATERIAL DE APOIO	MANUAL DO CREDENCIADO - 2025.pdf	MANUAL DO CREDENCIADO ATUALIZADO
12/03/2025	MATERIAL DE APOIO	Nova Tabela ProDental Brasil 2025.pdf	NOVA TABELA OUT ATUALIZADA
09/04/2024	MATERIAL DE APOIO	TERMO ENDO.pdf	TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE ENDODONTIA

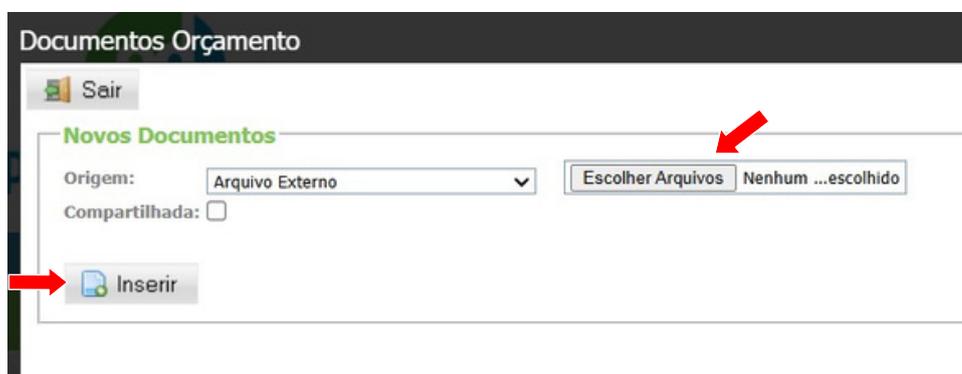
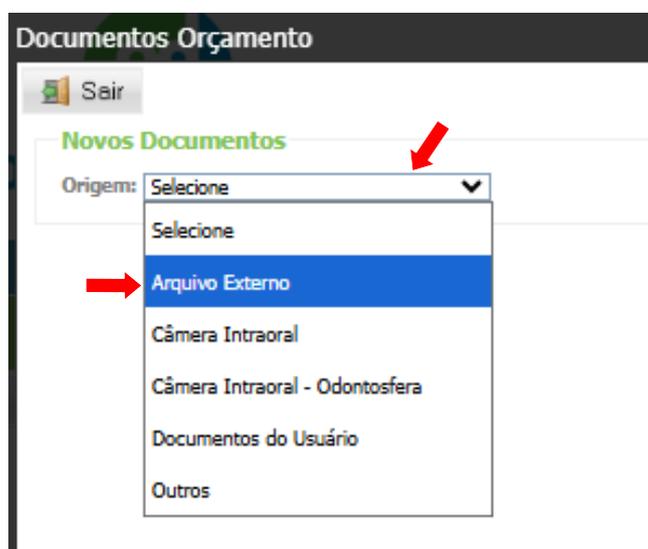
Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Windows

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. Clique em "OK" para prosseguir.

prestador.odontosfera.com.br diz

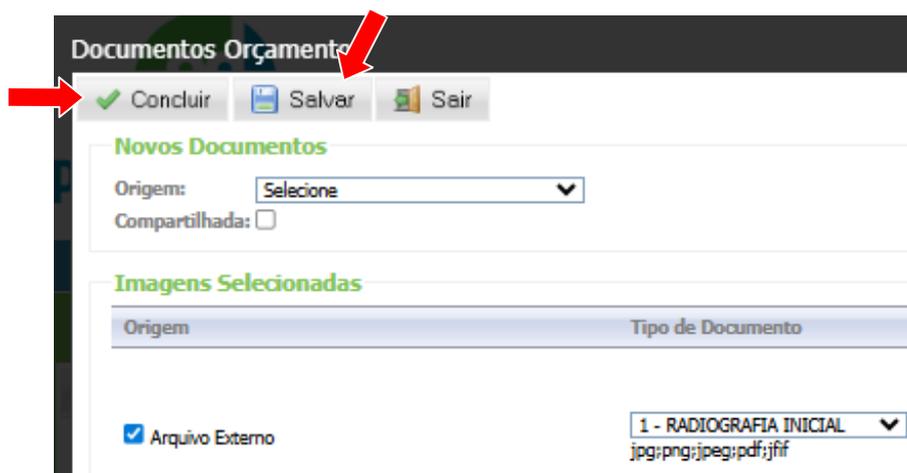
Arquivo externo incluído com sucesso.



Após incluir o arquivo, é necessário vinculá-lo ao procedimento correspondente e identificar o tipo de documento (fotografia inicial, radiografia final, laudo, pedido do dentista, etc).



Em seguida, clique, primeiramente em "Salvar" e depois em "Concluir" para finalizar o processo.



Após clicar em salvar, o sistema emitirá um alerta informando que o documento foi associado corretamente.

prestador.odontosfera.com.br diz

Documento associado com sucesso.



Após clicar em concluir, o sistema emitirá um alerta informando que o documento foi salvo na guia corretamente.

prestador.odontosfera.com.br diz

Documento salvo com sucesso.



5. Aprovação da Guia

Para aprovar uma guia ou solicitar a aprovação para a auditoria, basta clicar na aba referente.

No caso de procedimentos com liberação imediata, será exibida a opção “Aprovar”.

Salvar Novo **Aprovar** Documentos

Dados do Orçamento

ID Orçamento: 48329 Senha de Autorização:

Prestador: PRODENTAL TESTE

Local de Atendimento: R. DOS TIMBIRAS, 2213 - SALA 1101 E 1102 - B

Núcleo: SELECIONE

Clique na aba referente, a liberação será automática ao clicar novamente em “Aprovar”.

Aprovação do Orçamento Voltar

Aprovar Sair

Prestador: PRODENTAL TESTE Registro: 0001

Usuário Titular: USUARIO TESTE

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

Data da Aprovação: 15/07/2025

Recebimento

Tipo de Cobrança: Selecione

Cond. Pagamento Usuário: Selecione

Data de Início de Recebimento Usuário:

Cond. Pagamento Cliente: SELECIONE

Data de Início de Recebimento Cliente:

Conta Movimento: SELECIONE

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

Aprovação Não Liberada

prestador.odontosfera.com.br diz

O Orçamento foi Aprovado.

OK

No caso de procedimentos com auditoria inicial, será exibida a opção “Solicitar Aprovação”. Clique na aba referente e aguarde o prazo de análise da auditoria.

Dados do Orçamento

ID Orçamento: Senha de Autorização: V:

Prestador:

Local de Atendimento:

Núcleo: At

prestador.odontosfera.com.br diz

Atenção: O Orçamento foi enviado para aprovação.



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

Status: 

Emissão:

Aprovação Solicitada:

Aprovação:

Exec. Aprovação:

Conclusão:

Importante: O prestador deve acompanhar o status de cada guia. O procedimento só poderá ser realizado após a aprovação da auditoria, ou seja, somente quando a guia estiver com o status “Aprovado”.

6. Status da Guia

Antes de realizar qualquer atendimento, verifique o status de cada guia para ter certeza de que já foi autorizada.

-  **PENDENTE** - Ainda não está liberada para aprovação, você criou a guia mas ainda não enviou para aprovar, consegue incluir ou excluir procedimentos;
-  **APROVADO** - Liberado para atendimento e não pode mais incluir ou excluir procedimentos;
-  **APROVAÇÃO SOLICITADA** - Foi enviado para análise da auditoria e ainda não foi liberada;
-  **CANCELADO** - Quando a guia é cancelada pelo prestador ou pelo próprio sistema automaticamente quando atinge o prazo de validade;
-  **GLOSADO** - Procedimento negado na auditoria inicial ou glosado na auditoria final;
-  **CONCLUÍDO** - Guia já finalizada e encaminhada para faturamento.

Para acompanhar todas as guias e seus respectivos status, clique na aba “Orçamentos” e, em seguida, na primeira opção: “Orçamentos”. Desça até o final da página para visualizar o histórico completo de solicitações.



Ordenação

Ordenar: Crescente Decrescente

<input type="checkbox"/>	ID	Prestador/Operadora	Emissão	Aprovação Solicitada	Aprovação	Conclusão	Status
<input type="checkbox"/>	48331	PRODENTAL TESTE	15/07/2025		15/07/2025		APROVADO
<input type="checkbox"/>	48329	PRODENTAL TESTE	15/07/2025		15/07/2025		CANCELADO
<input type="checkbox"/>	48315	PRODENTAL TESTE	15/07/2025	15/07/2025			APROVAÇÃO SOLICITADA (Perícia/auditoria em análise)

Se preferir, é possível filtrar a busca para localizar cada guia de forma mais prática. Utilize os campos de preenchimento na seção “Filtro”, inserindo os dados da guia que deseja localizar (ID do orçamento ou nome completo do paciente) e clique na aba “Filtrar” para iniciar a pesquisa.

A guia em questão ficará visível ao final da página.

The screenshot shows the 'Filtro' section with various search criteria. A table below lists budget items with columns for ID, Prestador/Operadora, Emissão, Aprovação Solicitada, Aprovação, Conclusão, Status, and Titular.

ID	Prestador/Operadora	Emissão	Aprovação Solicitada	Aprovação	Conclusão	Status	Titular
48331	PRODENTAL TESTE	15/07/2025		15/07/2025		APROVADO	001-0061-0000001 - USUARIO TESTE

Caso deseje acessar a guia para verificar informações relacionadas a ela, como os procedimentos incluídos, a documentação anexada ou as observações inseridas pela auditoria, clique no ícone “**Editar Orçamento**”, disponível no lado direito da guia.

Atenção: as informações de auditoria referente às guias serão exibidas no campo “**Observações**” disponível ao final da página, dentro de cada guia.

Observações

13/01/2025 10:02:50 - por: auditor1 Imprimir na GTO
 O procedimento 85100196 foi glosado pelo motivo: 3016 - Procedim longevidade.

7. Cancelamento de Guia

O próprio prestador pode realizar o cancelamento de orçamentos com status “Aprovado” ou “Pendente/Irregular”. Basta clicar na aba correspondente, dentro da guia.

The screenshot shows a web form titled "Dados do Orçamento". At the top, there is a navigation bar with buttons: "Salvar", "Novo", "GTO", "Documentos", "Histórico de Procedimentos", "Cancelar" (highlighted with a red arrow), and "Voltar". The form contains several fields:

- ID Orçamento: 48331
- Senha de Autorização: gYkRz4c
- Validade da Autorização: 14/08/2025
- Status: APROVADO
- Emissão: 15/07/2025 11:52
- 13786619662
- Prestador: PRODENTAL TESTE
- Aprovação Solicitada: [empty]
- Aprovação: 15/07/2025
- Local de Atendimento: R DOS TIMBIRAS, 2213 - SALA 1101 E 1102 - Belo Horizonte - MG
- Exec. Aprovação: 15/07/2025 11:54
- Núcleo: SELECCIONE
- Atendimento em Clínica Própria: [checkbox]
- Conclusão: [empty]
- Perícia/Auditoria Inicial: Nenhuma
- Exec. Conclusão: [empty]
- Usuário: 0010061000001 - USUARIO TESTE
- Cancelamentos: [empty]
- Num. Controles: [empty]

Clique em “OK” para prosseguir.

The dialog box is titled "prestador.odontosfera.com.br diz". It contains the following text:

- Já existe(m) orçamento(s) em aberto.
- Orçamento(s) (20 últimos) No.:
- 48389
- 48331
- 48315
- 48215
- 48163
- 48046
- 47658
- 47229

 At the bottom, there are two buttons: "OK" (highlighted with a red arrow) and "Cancelar".

Selecione uma das opções disponíveis para motivo do cancelamento e se achar necessário inclua mais detalhes no campo “Observação”. Em seguida clique em “Salvar”.

The "Cancelamento" dialog box has a title bar with "Salvar" and "Seir" buttons. It contains:

- Motivo: A dropdown menu with "Selecione" selected. A red arrow points to this dropdown. The menu is open, showing options:
 - Selecione
 - Cancelada a pedido do Prestador
 - CANCELAMENTO VIA UFAST
 - Devolução Orçamento
 - Transferido tratamento para outro prestador
 - Usuário Inativo
 - Vencido validade da guia
- Observação: (opcional) [text area]

 A red arrow also points to the "Salvar" button in the top left corner.

Após salvar, o sistema informará que o orçamento foi cancelado com sucesso. Clique em “OK” para finalizar a etapa.

prestador.odontosfera.com.br diz

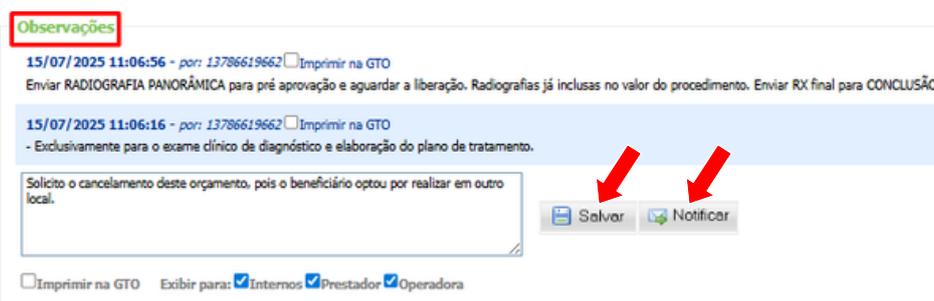
O(s) Orçamento(s) Foi(ram) Cancelado(s) com Sucesso!



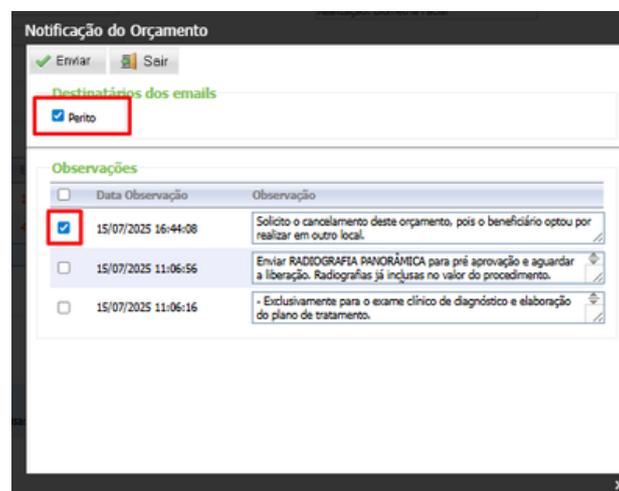
Guias com o status “Aprovação Solicitada”, por já estarem em análise da auditoria, só podem ser canceladas pela própria auditoria e mediante solicitação do prestador.

A solicitação deve ser feita no campo “Observações”, dentro da guia, ao final da página. É recomendável incluir uma justificativa para o cancelamento.

Após inserir a solicitação no campo, clique em “Salvar” e em seguida “Notificar”.



Selecione a opção “Perito” para que a auditoria receba a notificação referente à solicitação, selecione também a observação que deseja encaminhar. Por fim, clique em “Enviar”.



8. Biometria Facial - Assinatura

A Biometria Facial é uma tecnologia de identificação que utiliza as características únicas do rosto do paciente para fins de autenticação. Essa tecnologia funcionará como uma assinatura digital, sendo, portanto, indispensável e intransferível.

Dessa forma, a presença do paciente é obrigatória no momento do atendimento, já que somente ele pode realizar o reconhecimento facial para validar sua identidade.

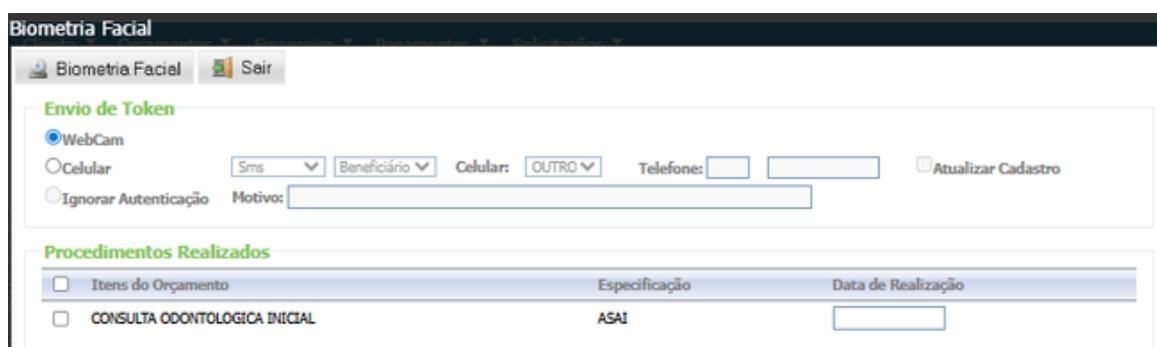
Importante:

- O paciente deve estar presente para realizar o reconhecimento facial e validar o atendimento.
- Apenas o próprio paciente pode realizar a biometria facial; não é permitido que outra pessoa o faça em seu lugar. (Inclusive crianças menores)

Para capturar a biometria facial do paciente, o prestador deve acessar a guia correspondente na seção “Orçamentos” e clicar no ícone “GTO” localizado à direita da guia.

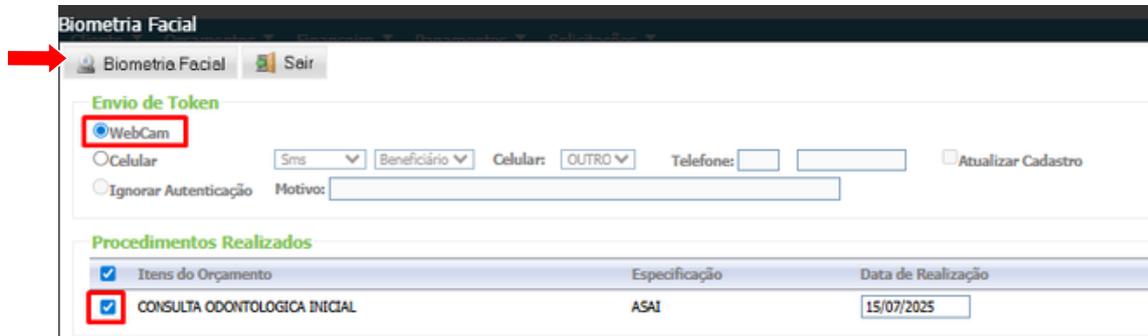


Em seguida, o prestador será redirecionado para uma nova janela, onde deverá selecionar o método de captura da biometria facial: webcam ou celular.



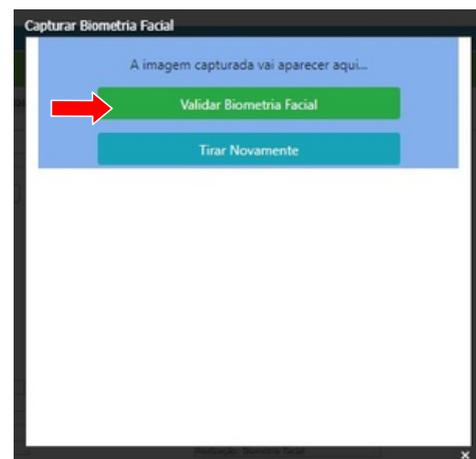
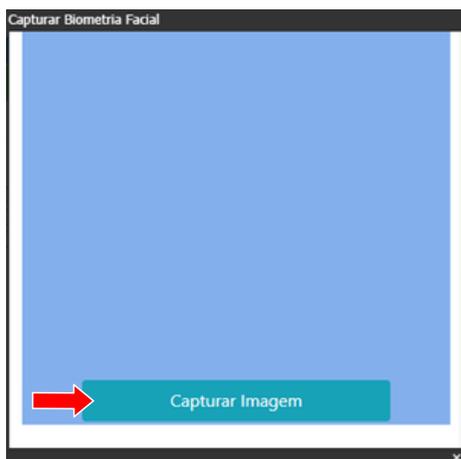
Itens do Orçamento	Especificação	Data de Realização
<input type="checkbox"/>	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	ASA1

Caso opte por realizar a captura pela webcam, selecione a opção correspondente, marque os procedimentos realizados e clique na aba “**Biometria Facial**” para iniciar o processo.



Itens do Orçamento	Especificação	Data de Realização
<input checked="" type="checkbox"/>	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	ASA1 15/07/2025

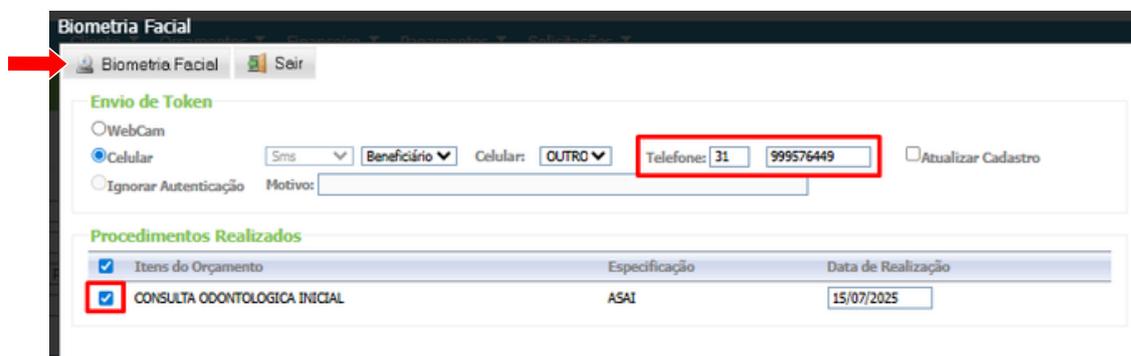
O site solicitará permissão para utilizar a webcam conectada ao dispositivo. É necessário permitir o acesso. Em seguida, a câmera será ativada para que o beneficiário posicione o rosto corretamente e o prestador clique em “**Capturar Imagem**”. Por fim, clique em “**Validar Biometria Facial**”.



Após a captura da imagem e a validação da autenticação, o sistema exibirá uma mensagem confirmando que o processo foi finalizado com sucesso.



Caso opte por realizar a captura pelo celular, selecione a opção correspondente, marque os procedimentos realizados, insira o número de telefone (pode ser tanto do próprio beneficiário quanto o do prestador) que receberá o link via SMS e clique na aba “Biometria Facial” para iniciar o processo.



Biometria Facial

Biometria Facial Seir

Envio de Token

WebCam
 Celular

Sms Beneficiário Celular: OUTRO Telefone: 31 999576449

Atualizar Cadastro
 Ignorar Autenticação Motivo:

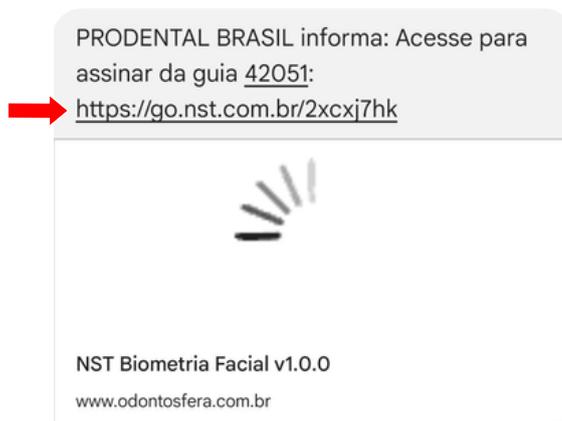
Procedimentos Realizados

<input checked="" type="checkbox"/> Itens do Orçamento	Especificação	Data de Realização
<input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	ASAI	15/07/2025

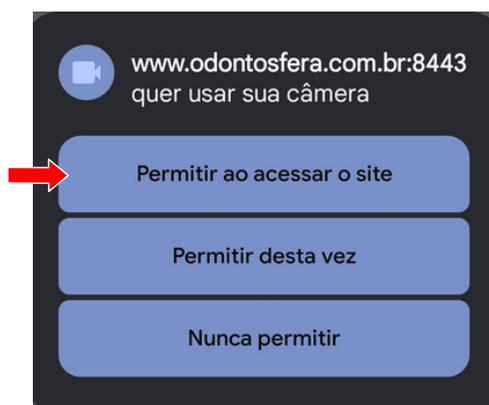
A partir desse momento, o link é encaminhado via SMS, e o sistema informa que está aguardando a realização da Biometria Facial.



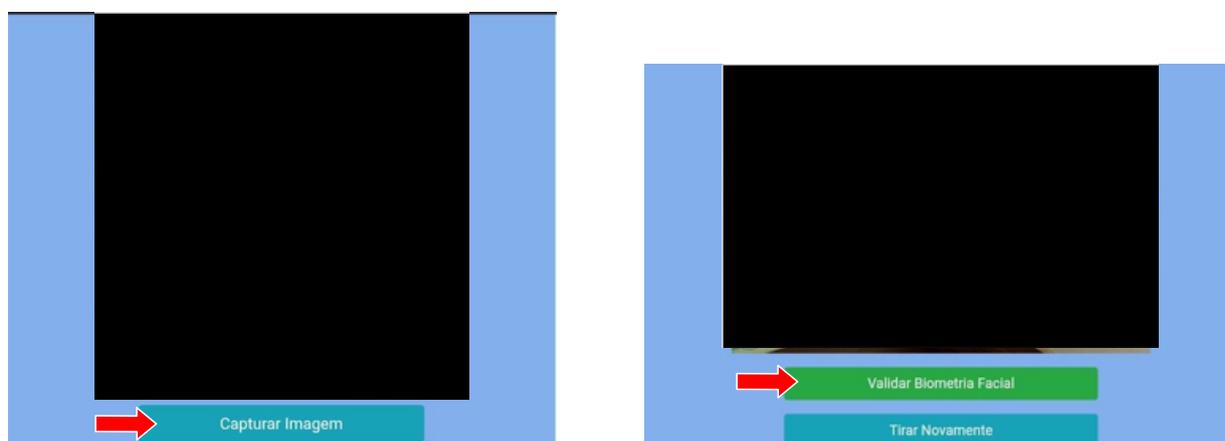
Deve-se acessar a caixa de mensagens do aparelho e clicar no link recebido para ser redirecionado à página de captura da Biometria Facial.



Ao acessar o link, será necessário conceder permissão para que o site utilize a câmera do dispositivo. Para isso, clique em “Permitir”.



Em seguida, a câmera será ativada para que o beneficiário posicione o rosto corretamente e clique em “Capturar Imagem”. Por fim, deve-se clicar em “Validar Biometria Facial”.



Após a captura da imagem e a validação da autenticação, o sistema exibirá uma mensagem confirmando que o processo foi finalizado com sucesso.

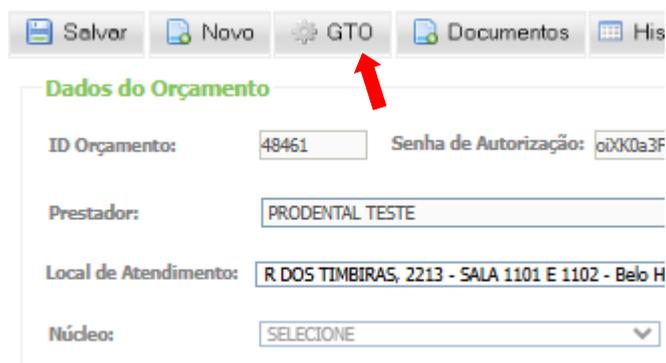


prestador.odontosfera.com.br diz

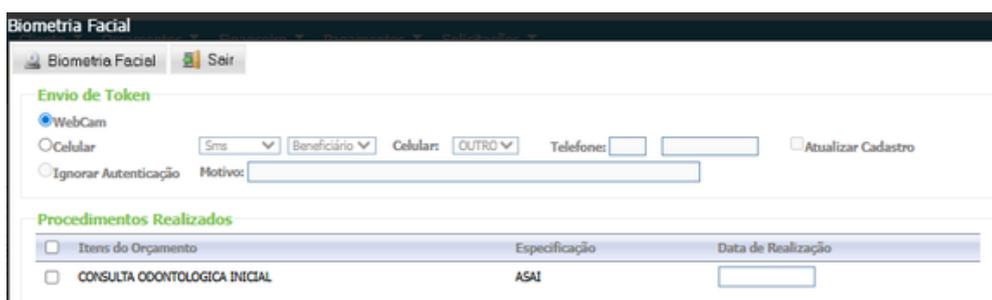
ASSINATURA CONCLUÍDA COM SUCESSO!



Esse processo de captura da Biometria Facial também pode ser realizado diretamente de dentro da guia, clicando na aba “GTO”, disponível no menu de opções de cada guia, na parte superior da tela.



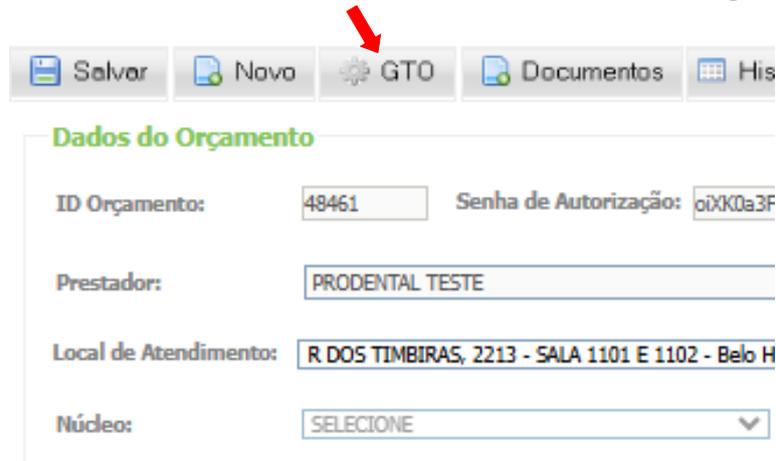
Para prosseguir, basta repetir os mesmos passos mencionados anteriormente.



9. Impressão de Guia

A operadora não exige a guia impressa; no entanto, caso o prestador deseje imprimi-la para controle interno da clínica, o sistema permite essa opção após a guia ser aprovada e a biometria facial ser realizada.

Com a Biometria Facial já realizada, o próximo passo é clicar novamente na aba “GTO”, a mesma utilizada para iniciar o processo de biometria, conforme ilustrado na imagem abaixo:



Na nova tela, clique na opção “PDF” para iniciar e concluir o download do arquivo.



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.

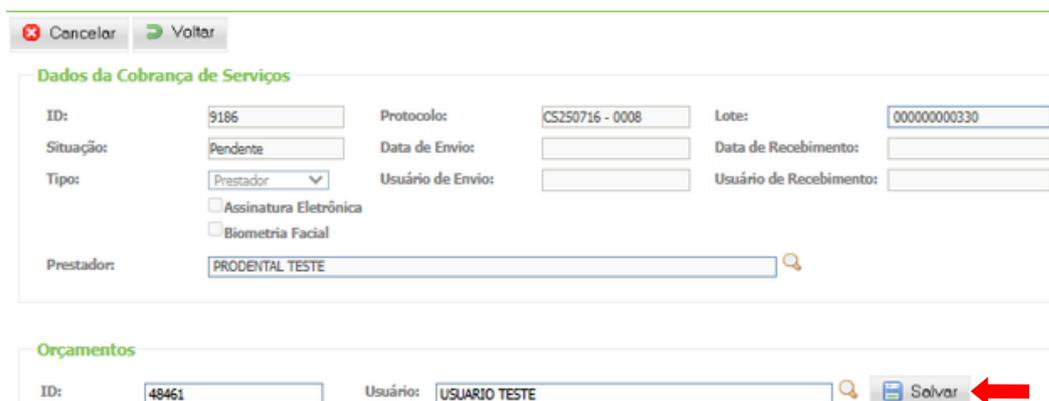
Para criar os lotes de cobrança, o prestador deve acessar a aba “**Orçamentos**” e clicar na opção “**Cobrança de Serviços**”.



Utilize a aba “**Filtrar**” para buscar lotes criados e a aba “**Novo**” para criar novos.



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



Dados da Cobrança de Serviços

ID: 9186 Protocolo: CS250716 - 0008 Lote: 000000000330

Situação: Pendente Data de Envio: Data de Recebimento: Usuário de Envio: Usuário de Recebimento: Prestador: PRODENTAL TESTE

Assinatura Eletrônica
 Biometria Facial

Orçamentos

ID: 48461 Usuário: USUARIO TESTE **Salvar**

Se preferir, pode utilizar o 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.

Selecione as guias que deseja enviar para faturamento e clique em “**Salvar**”.

ID Orçamento	Usuário Titular	Usuário Dependente	Emissão	Aprovação	Valor
<input checked="" type="checkbox"/>	48461	USUARIO TESTE	16/07/2025	16/07/2025	18,90

Após incluir as guias no lote de cobrança, clique em “**Enviar**”.

ID Orçamento	Usuário Titular	Usuário Dependente	Emissão	Aprovação
48461	USUARIO TESTE		16/07/2025	16/07/2025

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

prestador.odontosfera.com.br diz

Confirma enviar a cobrança de serviços?

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



Para se certificar de que o lote de cobrança foi enviado corretamente, verifique se há uma data de envio registrada. Caso a data esteja disponível, isso indica que o envio foi realizado com sucesso.

Dados da Cobrança de Serviços

ID: 9186 Protocolo: CS250716 - 0008 Lote: 00000000330

Situação: Pendente **Data de Envio: 16/07/2025** Data de Recebimento:

Tipo: Prestador Usuário de Envio: 13786619662 Usuário de Recebimento:

Assinatura Eletrônica
 Biometria Facial

Prestador: PRODENTAL TESTE

Orçamentos

ID Orçamento	Usuário Titular	Usuário Dependente	Emissão	Aprovação
48461	USUARIO TESTE		16/07/2025	16/07/2025

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

É possível acompanhar esse processo por meio do status de cada lote. O pagamento somente será liberado quando o status estiver como “**Liberado para Pagamento**”.

Listagem de Cobrança de Serviços

Status

Liberado para pagamento

ID	Protocolo	Lote	Prestador / Operadora	Data de Envio	Data de Recebimento	Data de Cancelamento	Valores Cobrados	Valores Processados	Valores Glosados	Valor Liberado	Status
9186	CS250716 - 0008	00000000330	PRODENTAL TESTE	16/07/2025			Procedimento: 18,90 Franquia: 0,00	Procedimento: 18,90 Franquia: 0,00	0,00	0,00	Pendente
9097	CS250714 - 0011	00000000329	PRODENTAL TESTE			14/07/2025	Procedimento: 0,00 Franquia: 0,00	Procedimento: 0,00 Franquia: 0,00	0,00	0,00	Cancelado

11. Pagamentos

A partir do primeiro dia útil de cada mês, será disponibilizado um demonstrativo com o relatório detalhado das guias faturadas e o valor liberado para recebimento.

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



Na seção “Fechamentos Realizados”, nos ícones localizados à direita da tela, estarão disponíveis os relatórios dos atendimentos faturados, assim como o relatório de glosa, caso haja.

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	

Após anexo da nota fiscal ou assinatura do RPA, basta aguardar até a data do pagamento. (Passo a passo adiante)

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. Nota Fiscal (apenas para Pessoa Jurídica)

O prestador cadastrado como pessoa jurídica deve emitir a nota fiscal e anexá-la no portal, no ícone “**Documentos**”, para que o repasse seja realizado corretamente e dentro do prazo.

Data do Fechamento	Situação	Data de Pagamento	
20/01/2025 09:15:00	Pagamento efetuado	30/01/2025	
30/12/2024 09:13:00	Pagamento efetuado	30/12/2024	
21/11/2024 08:16:00	Pagamento efetuado	29/11/2024	
22/10/2024 13:30:00	Pagamento efetuado	30/10/2024	

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

Documentos

Salvar Sair

Novos Documentos

Tipo: Seleccione

Descrição: CUPOM FISCAL

Compartilhar: E-MAIL

Documento

1

NOTA FISCAL

RECIBO

RPA

Documentos

Salvar Sair

Novos Documentos

Tipo: NOTA FISCAL pdf

Arquivo: Escolher arquivo PRODENTAL.png

Número da Nota Fiscal:

Data da Nota Fiscal:

Descrição:

Compartilhar:

13. Assinatura RPA (apenas para Pessoa Física)

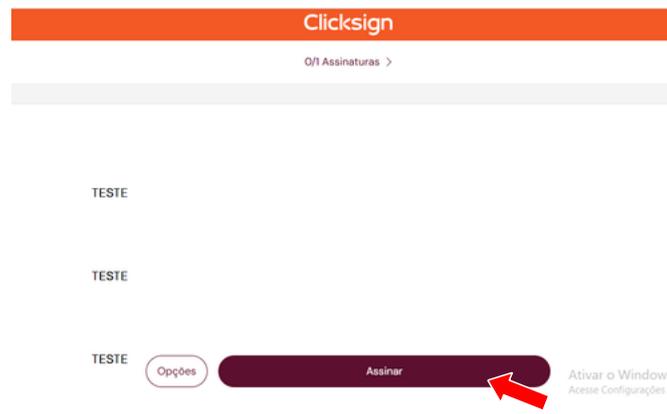
O prestador cadastrado como pessoa física não precisa emitir nota fiscal, mas deverá assinar o RPA, que é enviado por e-mail no dia 20 de cada mês, para que o repasse ocorra de forma adequada e dentro do prazo estabelecido.

Para realizar a assinatura digital, siga os passos abaixo:

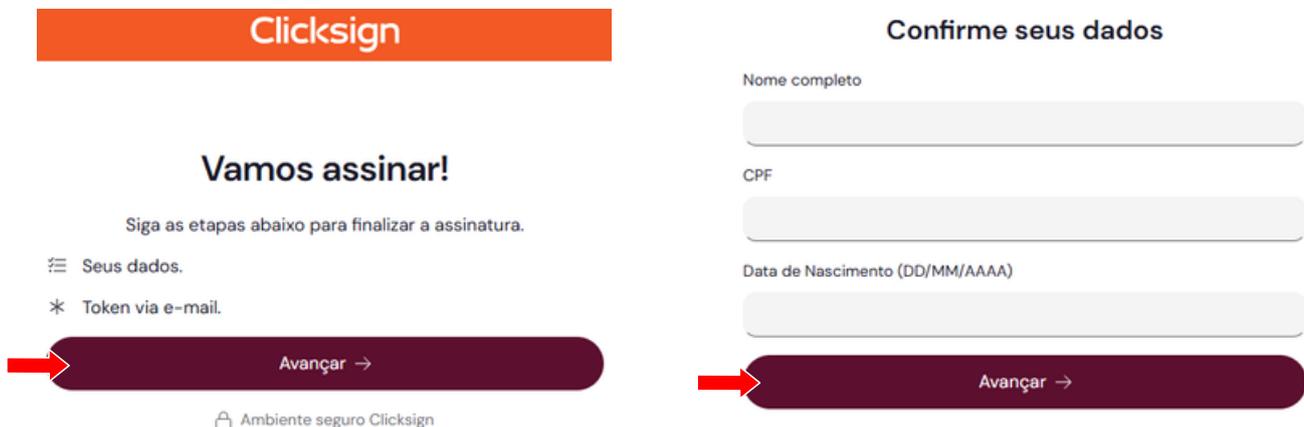
1. Abra a mensagem de e-mail e clique em “Visualizar para Assinar”



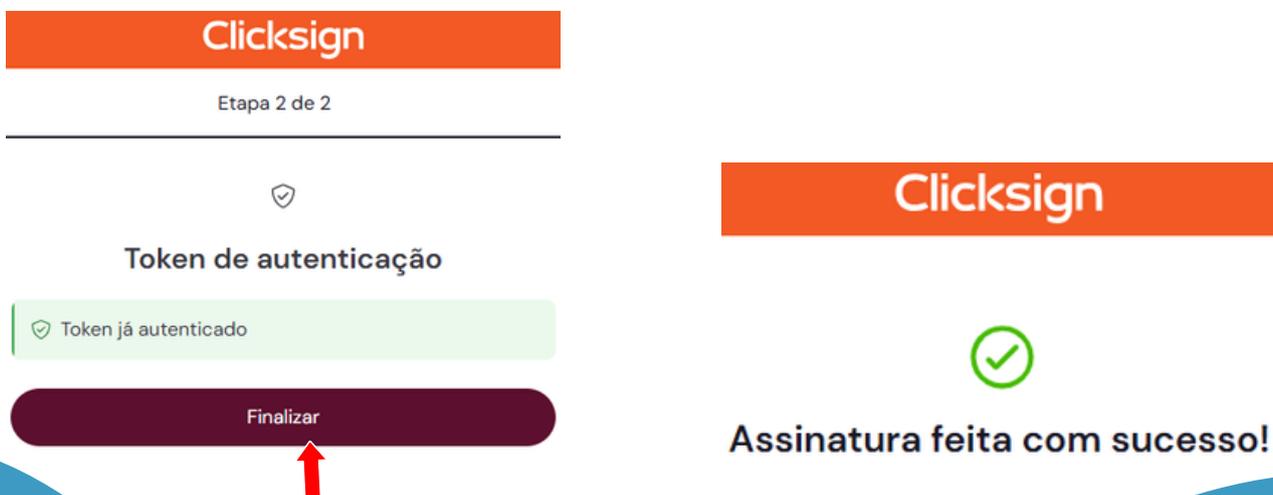
2. Na próxima página clique em “Assinar”.



3. Em seguida clique em “Avançar”, confirme se os seus dados estão corretos e clique novamente em “Avançar”.

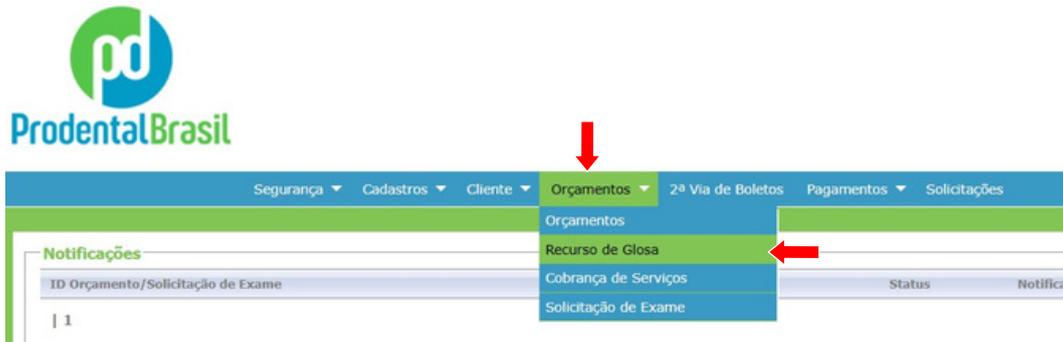


4. Por fim, clique em “Finalizar” para concluir o processo de assinatura

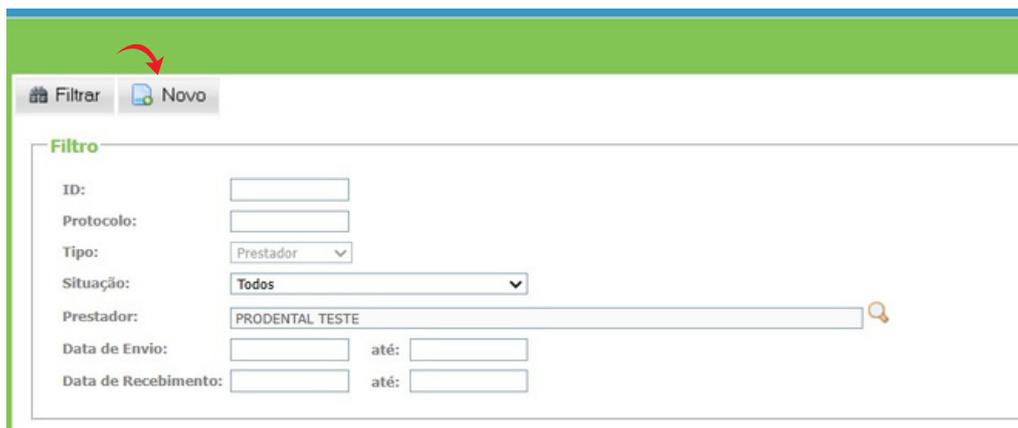


14. Recurso de Glosa

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:



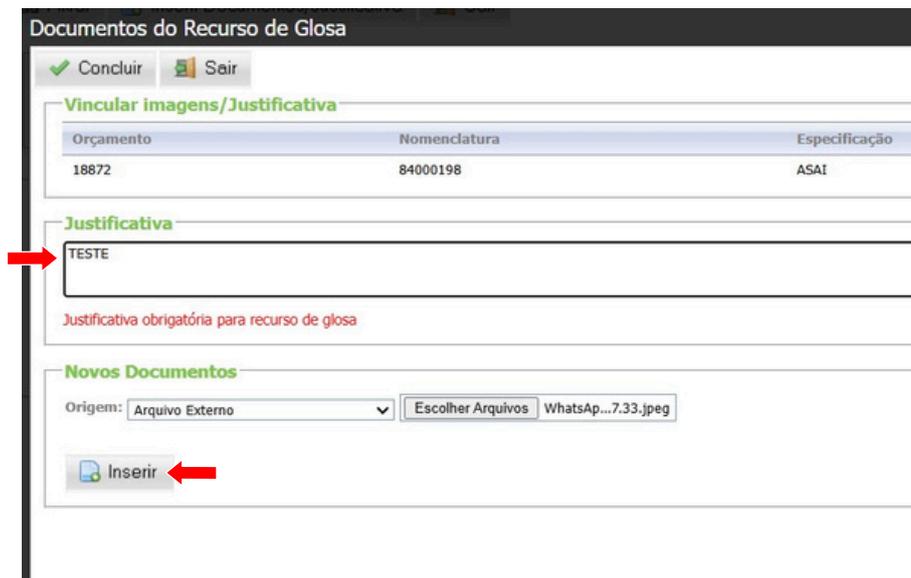
Na página seguinte, selecione a guia/procedimento que será recursada(o), e em seguida clique em “Inserir Documentos/Justificativa”



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



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

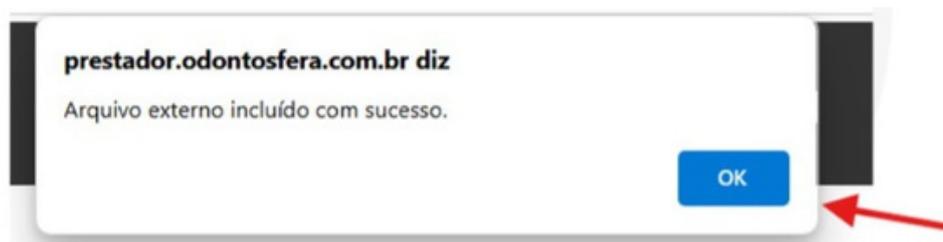
Justificativa obrigatória para recurso de glosa

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



A Pro dental Brasil reserva-se o direito de solicitar imagens prévias de tratamentos conforme avaliação de necessidade e risco.

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. Esse 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, e vale para todos os pacientes, até crianças menores de idade.

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.

O relatório de glosa pode ser acessado no campo “**Demonstrativo**”, clicando no terceiro ícone à direita da página correspondente ao lote pesquisado.

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 ou pelo e-mail: auditoria@prodental.com.br.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES SOBRE FOTOGRAFIAS

- Devem possuir foco, nitidez e contraste adequados.
- Devem ser de boa qualidade.
- **Secar a superfície do dente** antes de realizar a fotografia.
- **Aparecer na foto todas as faces que estão sendo solicitadas**, mesmo que seja necessário mais de uma foto do dente.
- **O dente na foto deve aparecer por inteiro**. Não cortar nenhuma parte do dente.
- A foto deve ser tirada com o dente totalmente visível, sem nenhum objeto sobre ele, como espelho, sonda, sugador ou algodão.
- Imagens fora dos padrões, que não permitem avaliação adequada, **serão passíveis de glosa**.
- Imagens adequadas são aquelas que permitem visualizar o tratamento solicitado.

Imagens adequadas:



Figura 1: Dente 26

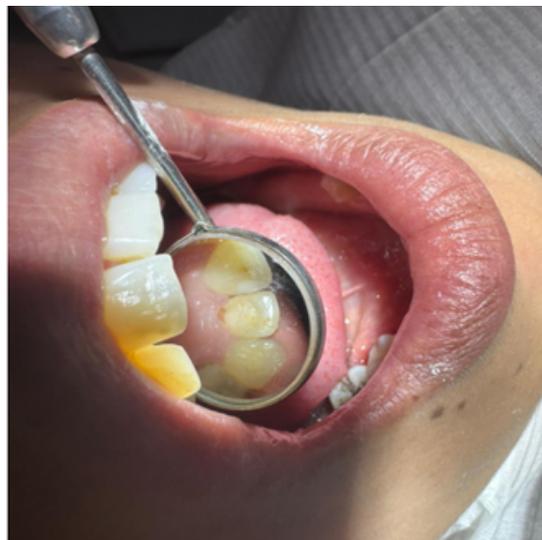


Figura 2: Dente 12 P



Figura 3: Dente 47



Figura 4: Dente 14 OD

Imagens inadequadas:



Figura 5: Dente 17
Inadequada: não é possível visualizar a face solicitada.



Figura 6: Dentes 15 e 16
Inadequada: não é possível visualizar os dentes como um todo.



Figura 7: Dente 46
Inadequada: imagem cortou parte do dente.



Figura 8: Dente 26
Inadequada: não é possível visualizar a face solicitada.

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:

Liberação imediata

- O pedido do cirurgião-dentista deve conter obrigatoriamente o nome do paciente, justificativa válida para a solicitação, data, assinatura e carimbo do cirurgião-dentista.
- Recomenda-se que, ao solicitar exames radiográficos complementares, o prestador avalie se a indicação está adequada ao procedimento a ser realizado, seguindo os critérios clínicos estabelecidos pela literatura científica:
 - Pesquisa de cáries interproximais - Bite wing
 - Pesquisa de envolvimento pulpar - Radiografia periapical avulsa
 - Avaliação periodontal - Levantamento periapical

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)	LONGEVIDADE
DIAGNÓSTICO				
81000065	Consulta odontológica inicial	ASAI	Procedimento eletivo para diagnóstico, que inclui planejamento e adequação do meio bucal.	6 meses
PREVENÇÃO				
84000031	Aplicação de carióstático	ASAI	Idade máxima permitida até 06 anos.	Única
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	DENTE	Aplicação de selantes indicada para dentes recém-erupcionados na dentição permanente. Autorizada em 1º molares permanentes até 8 anos e em 2º molares permanentes até 13 anos. Necessário envio de fotografia inicial.	Única
84000198	Profilaxia: polimento coronário	ASAI	Polimento coronário. Inclui fluoroterapia e orientação de higiene bucal.	6 meses
4220002	Dut Raspagem Supra gengival Dentes Anteriores	ASAI	Idade acima de 15 anos. Raspagem supra gengival quando não é possível visualizar tártaro ou gengivite na fotografia.	6 meses
85300047	Raspagem supra gengival	ASAI	Remoção de tártaro supra gengival. Necessário envio de fotografia inicial. Autorizado a partir de 15 anos de idade. Não solicitar com raspagem subgengival.	6 meses

RADIOLOGIA

81000375	Radiografia interproximal - <i>bite-wing</i>	POR REGIÃO	Radiografia dentro dos padrões, observando critérios adequados de angulação, nitidez e processamento. Para o repasse de pagamento, é necessário o envio da justificativa técnica e das imagens radiográficas. Permitido o registro de até quatro regiões.	6 meses
81000383	Radiografia oclusal	ARCADA	Radiografia dentro dos padrões, observando critérios adequados de angulação, nitidez e processamento. Para o repasse de pagamento, é necessário o envio da justificativa técnica e das imagens radiográficas. Não é permitida a cobrança conjunta com a radiografia panorâmica.	6 meses
81000405	Radiografia panorâmica	ASAI	Para o repasse de pagamento, é necessário o envio da justificativa técnica e da imagem radiográfica. Não é permitida a cobrança junto ao levantamento periapical.	12 meses
81000294	Levantamento periapical	ASAI	Radiografia dentro dos padrões, observando critérios adequados de angulação, nitidez e processamento. Para o repasse de pagamento, é necessário o envio da justificativa técnica e das imagens radiográficas. Não é permitida a cobrança conjunta com a radiografia panorâmica.	6 meses
81000421	Radiografia periapical	POR REGIÃO	Radiografia dentro dos padrões, observando critérios adequados de angulação, nitidez e processamento. Para o repasse de pagamento, é necessário o envio da justificativa técnica e das imagens radiográficas.	6 meses

ODONTOPEDIATRIA

81000014	Condicionamento em Odontologia	ASAI	Procedimento indicado para pacientes com comportamento não cooperativo até 7 anos. Limitado a duas sessões por ano. Não autorizado com procedimento eletivo.	6 meses
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	DENTE	Indicado em dentes decíduos anteriores com grande destruição coronária. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	24 meses
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	DENTE	Indicado em dentes decíduos posteriores com grande destruição coronária. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	24 meses
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	DENTE	Indicado em dentes decíduos anteriores com grande destruição coronária, não passíveis de reconstrução por meios diretos. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	24 meses
83000089	Exodontia simples de decíduo	DENTE	Autorizado mediante envio de radiografia inicial. Em casos em que o dente permanente se encontrar visível na cavidade bucal e com retenção do dente decíduo, é permitido o envio de fotografia inicial.	Única
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	DENTE	Remoção da polpa coronária com preservação da porção radicular. Necessário envio de radiografia inicial e final.	Única
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	DENTE	Remoção completa da polpa coronária e radicular. Necessário envio de radiografia inicial e final. Em casos de intercorrência, enviar termo.	Única
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	DENTE	Fixação em pelo menos dois dentes com suporte ósseo viável. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial e final.	

DENTÍSTICA

85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	DENTE	Autorizado somente para dentes anteriores, sem indicação protética. Necessário envio de fotografia inicial e final. Procedimentos com finalidade estética não serão autorizados.	24 meses
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	DENTE	Autorizados para dentes posteriores com comprometimento de uma face. Necessário fotografia inicial e fotografia final.	24 meses
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	DENTE	Autorizados para dentes posteriores com comprometimento de duas faces. Necessário fotografia inicial e fotografia final.	24 meses
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	DENTE	Autorizados para dentes posteriores com comprometimento de três faces. Necessário fotografia inicial e fotografia final.	24 meses
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	DENTE	Autorizados para dentes posteriores com comprometimento de quatro faces. Necessário fotografia inicial e fotografia final.	24 meses
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	DENTE	Autorizado para dentes posteriores permanentes ou decíduos, quando houver comprometimento de uma face. Necessário envio de fotografia inicial e final.	24 meses
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	DENTE	Autorizado para dentes posteriores permanentes ou decíduos, quando houver comprometimento de duas faces. Necessário envio de fotografia inicial e final.	24 meses
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	DENTE	Autorizado para dentes posteriores permanentes ou decíduos, quando houver comprometimento de três faces. Necessário envio de fotografia inicial e final.	24 meses
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 04 faces	DENTE	Autorizado para dentes posteriores permanentes ou decíduos, quando houver comprometimento de quatro faces. Necessário envio de fotografia inicial e final.	24 meses
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	DENTE	Autorizado para dentes anteriores e posteriores, quando houver comprometimento de uma face. Necessário envio de fotografia inicial e final.	24 meses
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	DENTE	Autorizado para dentes anteriores e posteriores, quando houver comprometimento de duas faces. Necessário envio de fotografia inicial e final.	24 meses
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	DENTE	Autorizado para dentes anteriores e posteriores, quando houver comprometimento de três faces. Necessário envio de fotografia inicial e final.	24 meses
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	DENTE	Autorizado para dentes anteriores e posteriores, quando houver comprometimento de quatro faces. Necessário envio de fotografia inicial e final.	24 meses
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	DENTE	Remoção de interferências oclusais. Necessário envio de fotografia inicial com marca de carbono. Não corresponde ao ajuste oclusal pós-restauração realizada.	24 meses
85400211	Núcleo de preenchimento	DENTE	Reconstrução de dentes com grande destruição coronária, antes da restauração definitiva e que não haja indicação de reabilitação protética. Autorizado apenas em dentes tratados endodonticamente. Não autorizado com pino pré-fabricado. Necessário envio de radiografia inicial.	24 meses

ENDODONTIA

85100013	Capeamento pulpar direto	DENTE	Realizado em caso de exposição pulpar, com o objetivo de evitar tratamento endodôntico. Necessário envio de radiografia inicial. Restauração definitiva deverá ser realizada após 30 dias.	Única
85200042	Pulpotomia	DENTE	Autorizado em dentes permanentes jovens com ápice aberto. Necessário envio de radiografia inicial e final.	Única
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	DENTE	Remoção de núcleo radicular com finalidade endodôntica ou protética. Necessário envio de radiografia inicial e final, e termo (ANEXO 04).	Única
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	DENTE	Necessário envio de radiografia inicial e final. Em casos de intercorrências, enviar termo endodôntico (ANEXO 01).	Única
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	DENTE	Necessário envio de radiografia inicial e final. Em casos de intercorrências, enviar termo endodôntico (ANEXO 01).	Única
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	DENTE	Necessário envio de radiografia inicial e final. Em casos de intercorrências, enviar termo endodôntico (ANEXO 01).	Única
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	DENTE	Necessário envio de radiografia inicial e final. Em casos de intercorrências, enviar termo endodôntico (ANEXO 01).	Única
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	DENTE	Necessário envio de radiografia inicial e final. Em casos de intercorrências, enviar termo endodôntico (ANEXO 01).	Única
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	DENTE	Necessário envio de radiografia inicial e final. Em casos de intercorrências, enviar termo endodôntico (ANEXO 01).	Única
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	DENTE	Selamento completo da perfuração endodôntica. Evento com pré-aprovação. Necessário envio de radiografia inicial e final e termo endodôntico (ANEXO 01).	Única
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	DENTE	Autorizado para dentes com ápice aberto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre cada sessão. Necessário envio de radiografia inicial e final a cada sessão. Máximo de 2 sessões. Evento com pré-aprovação.	Única

PERIODONTIA

82000212	Aumento de coroa clínica	DENTE	Remoção de tecido ósseo para restabelecer espaço biológico. Necessário envio de radiografia inicial e final. Não autorizado com gengivectomia, gengivoplastia e cirurgia periodontal a retalho.	12 meses
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	SEXTANTE	Necessário envio de relato de diagnóstico com profundidade de bolsa da região e radiografia inicial. Idade mínima 20 anos e autorizado 30 dias após a raspagem subgengival.	12 meses
82000557	Cunha proximal	DENTE	Tratamento cirúrgico na gengiva nas superfícies proximais de dentes posteriores. Necessário envio de relato de diagnóstico e fotografia inicial. Não autorizado com gengivectomia, gengivoplastia e cirurgia periodontal a retalho.	6 meses
82000662	Enxerto gengival livre	SEXTANTE	Tratamento cirúrgico para formação de gengiva inserida. Autorizado em áreas com recessões gengivais acima de 4 mm. Enviar relato de diagnóstico informando indicação e área doadora. Necessário envio de fotografia inicial e final.	12 meses
82000689	Enxerto pediculado	SEXTANTE	Tratamento cirúrgico para formação de gengiva inserida através da rotação de retalho gengival. Autorizado em áreas com recessões gengivais acima de 4 mm. Enviar relato de diagnóstico informando indicação e área doadora. Necessário envio de fotografia inicial e final.	12 meses
82000921	Gengivectomia	SEXTANTE	Tratamento cirúrgico indicado em casos de hipertrofia/hiperplasia gengival. Necessário envio de fotografia inicial e relato diagnóstico.	6 meses
82000948	Gengivoplastia	SEXTANTE	Tratamento cirúrgico para remodelação gengival. Necessário envio de fotografia inicial e relato diagnóstico.	6 meses
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes (ferulização)	DENTE	Fixação em pelo menos dois dentes com suporte ósseo viável. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial e final.	6 meses
85300039	Raspagem subgengival/alisamento radicular	QUADRANTE	Remoção de tártaro sub e supragengival e alisamento radicular. Necessário envio de relato de diagnóstico com a profundidade de bolsa da região e radiografia inicial. Autorizado 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	Atendimento emergencial. Necessário envio de relato de diagnóstico e imagem inicial. Não autorizado com procedimento eletivo.	00 meses
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	DENTE	Necessário envio de relato de diagnóstico. Não autorizado com procedimento eletivo.	00 meses
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	DENTE	Necessário envio de relato de diagnóstico Não autorizado com procedimento eletivo.	00 meses
82001022	Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	QUADRANTE	Necessário envio de relato de diagnóstico e fotografia inicial. Não autorizado com procedimento eletivo.	00 meses
82001030	Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	QUADRANTE	Necessário envio de relato de diagnóstico e radiografia inicial. Não autorizado com procedimento eletivo.	00 meses
82001197	Redução simples de luxação de articulação têmporo-mandibular (ATM)	ASAI	Reposicionamento do processo condilar na cavidade articular. Necessário envio de relato de diagnóstico. Não autorizado com procedimento eletivo.	00 meses
82001251	Reimplante dentário com contenção	DENTE	Necessário envio de relato de diagnóstico e radiografia inicial. Não autorizado com procedimento eletivo.	00 meses
82001650	Tratamento de alveolite	DENTE	Necessário envio de relato de diagnóstico e radiografia inicial. Não autorizado com procedimento eletivo.	00 meses
85100048	Colagem de fragmentos dentários	DENTE	Necessário envio de relato de diagnóstico e fotografia inicial e final. Não autorizado com procedimento eletivo.	00 meses
85200034	Pulpectomia	DENTE	Acesso endodôntico com remoção do plexo vâsculo-nervoso pulpar. Inclui medicação intracanal e restauração temporária. Necessário envio de relato de diagnóstico e radiografia inicial e final. Não autorizado com procedimento eletivo.	00 meses
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes (ferulização)	DENTE	Fixação em pelo menos dois dentes com suporte ósseo viável. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial e final. Não lançar com procedimento eletivo.	00 meses
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	DENTE	Necessário envio de relato de diagnóstico e fotografia inicial e final. Não lançar com procedimento eletivo.	00 meses

CIRURGIA (EM CONSULTÓRIO)

82000034	Alveoloplastia	QUADRANTE	Tratamento cirúrgico para regularização do rebordo. Não autorizado concomitante com exodontia. Necessário relato de diagnóstico e radiografia inicial.	Única
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	DENTE	Autorizado quando esgotadas as possibilidades de tratamento não cirúrgico. Necessário envio de radiografia inicial e final e relato diagnóstico. Anexar termo endodôntico.	Única
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	DENTE	Autorizado quando esgotadas possibilidades de tratamento não cirúrgico. Necessário envio de radiografia inicial e final e relato diagnóstico. Anexar termo endodôntico.	Única
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo (sulcoplastia)	QUADRANTE	Procedimento cirúrgico para aumentar área chapeável para prótese total. Necessário envio de fotografia inicial e relato de diagnóstico.	Única
82000239	Biópsia de boca	ASAI	Remoção cirúrgica de tecido para fins de exame anatomopatológico. Necessário envio de relato de diagnóstico e fotografia inicial.	Única
82000298	Bridectomia	AS AI	Reposicionamento cirúrgico das bridas. Necessário envio de relato de diagnóstico e fotografia inicial.	Única
82000360	Cirurgia para torus mandibular - bilateral	AI	Remoção de exostoses ósseas. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	Única
82000387	Cirurgia para torus mandibular - unilateral	AI	Remoção de exostoses ósseas. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	Única
82000395	Cirurgia para torus palatino	AS	Remoção de exostoses ósseas. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	Única
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	AS AI	Remoção de cistos de origem endodôntica. Necessário envio de relato diagnóstico e radiografia inicial.	Única
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	ASAI	Remoção cirúrgica da mucocele. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	Única
82000808	Exérese ou excisão de rânula	ASAI	Remoção cirúrgica da rânula. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	Única
82000816	Exodontia a retalho	DENTE	Exodontia com incisões relaxantes e descolamento de retalho. Necessário envio de radiografia inicial com devida indicação.	Única
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	DENTE	Necessário envio de radiografia inicial e encaminhamento do ortodontista/protesista justificando a indicação.	Única
82000859	Exodontia de raiz residual	DENTE	Extração da porção radicular de dentes que não possuem coroa clínica. Necessário envio de radiografia inicial.	Única
82000875	Exodontia simples de permanente	DENTE	Necessário envio de radiografia inicial.	Única

82000883	Frenulectomia labial	LS LI	Ressecção cirúrgica de freio labial. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	Única
82000891	Frenulectomia lingual	AI	Ressecção cirúrgica de freio lingual. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	Única
82001073	Odonto-secção	DENTE	Necessário envio de radiografia inicial e final. Não autorizado com outro procedimento cirúrgico.	Única
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	ASAI	Necessário envio de relato diagnóstico contendo hipótese diagnóstica e histórico clínico da lesão.	Única
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	SEXTANTE	Redução do alvéolo mediante técnica cirúrgica com contenção por meio rígido (cirurgia aberta). Necessário relato diagnóstico e radiografia inicial.	Única
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	SEXTANTE	Redução do alvéolo por meio de manobra bidigital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados (cirurgia fechada). Necessário relato diagnóstico e radiografia inicial.	Única
82001286	Remoção de dentes inclusos/ impactados	DENTE	Exodontia de dentes com coroa clínica inclusa ou impactada no tecido ósseo. Necessário envio de radiografia inicial com correta indicação.	Única
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos/ impactados	DENTE	Exodontia de dentes com coroa clínica parcialmente inclusa ou impactada no tecido ósseo. Necessário envio de radiografia inicial com correta indicação.	Única
82001367	Remoção de odontoma	QUADRANTE	Necessário envio de radiografia inicial.	Única
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	AS	Necessário envio de relato diagnóstico e radiografia inicial.	Única
82001596	Trat. cir. de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região BMF	QUADRANTE	Necessário envio de relato diagnóstico e radiografia inicial.	Única
82001618	Trat. cir. dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-	QUADRANTE	Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	Única
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem	QUADRANTE	Necessário envio de relato diagnóstico e radiografia inicial.	Única
82001707	Ulectomia	DENTE	Incisão do capuz fibroso gengival que recobre o dente permanente. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	Única
82001715	Ulotomia	DENTE	Remoção do capuz fibroso gengival que recobre o dente permanente. Necessário envio de relato diagnóstico e fotografia inicial.	Única

PRÓTESE

85400076	Coroa provisória com e sem pino	DENTE	Necessário envio de fotografia inicial e final.	Única
85400114	Coroa total em cerômero	DENTE	Autorizado somente para dentes anteriores. Necessário envio de radiografia inicial e final.	60 meses
85400149	Coroa total metálica	DENTE	Autorizado somente para dentes posteriores. Necessário envio de radiografia inicial e final.	60 meses
85400220	Núcleo metálico fundido	DENTE	Autorizado em dentes tratados endodonticamente. Necessário envio de radiografia inicial e final.	48 meses
85400262	Pino pré fabricado	DENTE	Autorizado em dentes tratados endodonticamente. Necessário envio de radiografia inicial e final. Não remunerado com núcleo de preenchimento.	60 meses
85400556	Restauração metálica fundida	DENTE	Autorizado somente para dentes posteriores. Necessário envio de radiografia inicial e final.	60 meses

PRODENTAL BRASIL

Prodental Brasil: (31) 2391-5811

- Documentação necessária: radiografia inicial.
- Sempre avaliar a possibilidade de preservação do dente antes da extração. Em casos em que não for possível visualizar motivo para exodontia, enviar um laudo informando a justificativa.
- 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** da exodontia.
- A radiografia enviada deve conter o dente por inteiro, sem cortar o ápice.

- Documentação necessária: fotografia **inicial e final**.
- Todas as faces acometidas devem ser solicitadas no mesmo código. Será autorizado um código por dente.
- Foto inicial com indicação clara de necessidade de restauração e apresentando todas as faces acometidas.
- Inclui remoção de restauração antiga, se houver, forramento e polimento.
- Serão avaliados: indicação, ponto de contato, adaptação (excesso ou falta de material) e anatomia dental.
- Por questões de adesão, não serão autorizadas emendas entre restaurações de materiais diferentes.
- Não serão autorizadas troca de restauração de amálgama 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 caso de dente tratado endodonticamente, avaliar remanescente dental, observando critérios de indicação, devido ao risco de fratura.
- Em caso de dente tratado endodonticamente pelo convênio, pode ser enviada foto inicial. Caso não tenha sido pelo convênio, necessário envio de raio-x inicial.

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

- Documentação necessária: radiografia inicial e final.
- 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 extravasamento ou obturação aquém de mais de 1mm, anexar termo de consentimento livre e esclarecido, informando prognóstico e contendo assinatura do paciente. Termo em anexo no sistema. (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 5. ed.)
- Para repasse de pagamento a radiografia inicial deve estar dentro dos padrões técnicos, bem como a 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 o envio de radiografia inicial e final e, em casos de intercorrências, enviar termo.
- Imobilização de decíduos exige relato de diagnóstico e fotografia inicial e final.
- Selantes são autorizados apenas para 1° molares permanentes até 08 anos e 2° molares permanentes até 13 anos.

- O procedimento de Raspagem Supragengival não passa por auditoria inicial, mas necessita de foto para repasse de pagamento, ou seja, será feita auditoria final. 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 (preferencialmente levantamento periapical).
- Cirurgia periodontal a retalho só poderá ser realizada 30 dias após a raspagem subgengival, mediante reavaliação clínica e novo relatório com sondagens das bolsas periodontais, pós 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.
- Nos casos de tratamentos endodônticos com intercorrências/insatisfatórios, enviar laudo 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.

Liberação imediata

- Toda radiografia tirada em clínica radiológica obrigatoriamente deve conter o nome do paciente e a data de realização.

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	17-17-16-48-47-46
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

Liberação imediata

- A consulta de urgência não pode ser lançada junto a procedimentos eletivos.
- Para repasse de pagamento é necessário envio de relato de diagnóstico e imagem, em conformidade com a tabela de procedimentos.
- Enviar apenas um código para urgência, ou de consulta ou o de procedimento de urgência.
- Se o procedimento executado possuir código próprio (exemplo: pulpectomia, drenagem de abscesso, etc.) deve ser lançado o código correspondente.
- Quando o atendimento envolver procedimentos que não têm código próprio, como nos casos em que é realizada apenas a avaliação e/ou prescrição medicamentosa, utilizar **consulta 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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presença de lesão periapical | <input type="checkbox"/> Obturação aquém do ápice |
| <input type="checkbox"/> Fratura de lima | <input type="checkbox"/> Obturação além do ápice |
| <input type="checkbox"/> Desvio de conduto | <input type="checkbox"/> Extravasamento de pasta de obturação |
| <input type="checkbox"/> Comprometimento periodontal / perda óssea | <input type="checkbox"/> Perfuração de raiz |
| <input type="checkbox"/> Lesão de furca | <input type="checkbox"/> 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:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presença de lesão periapical | <input type="checkbox"/> NMF curto |
| <input type="checkbox"/> Fratura de lima | <input type="checkbox"/> Obturação aquém do ápice |
| <input type="checkbox"/> Desvio de conduto | <input type="checkbox"/> Obturação além do ápice |
| <input type="checkbox"/> NMF muito longo | <input type="checkbox"/> Extravasamento de pasta de obturação |
| <input type="checkbox"/> NMF muito largo | <input type="checkbox"/> 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



Pro dental Brasil

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.pro dental brasil.com.br

ANS nº 422355