

Guia do Credenciado

Prezado Credenciado,

Apresentamos o Guia do Credenciado sobre o Plano de Saúde da Embratel onde encontrará as diretrizes e uma série de informações importantes.

O plano AMO - Assistência Médico-Odontológica da Embratel é estruturado sob o sistema de Autogestão, conforme registro na ANS nº 320587. A Autogestão é um sistema no qual a própria empresa, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa de assistência à saúde de seus funcionários e dependentes.

O modelo de Autogestão adotado pela EMBRATEL é o de coparticipação, ou seja, o funcionário participa com um percentual, apenas quando há utilização. Destaque-se que esses percentuais encontram-se expressamente previstos no Guia do Beneficiário e no regulamento do plano (Norma de Assistência Médico-Odontológico da EMBRATEL), documentos estes previamente disponibilizados na intranet da empresa. O plano não tem contribuição fixa mensal, somente a coparticipação do funcionário quando utiliza os atendimentos.

Por obedecer ao modelo específico da coparticipação, a EMBRATEL não comercializa plano de saúde, mas sim garante um benefício assistencial à saúde de seus funcionários ativos no sistema de autogestão.

O artigo 30 da Lei 9656/1998 trata da possibilidade de manutenção de ex-funcionário em plano de saúde após o desligamento da empresa, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava na vigência do emprego, desde que tenha CONTRIBUÍDO para o plano durante o vínculo empregatício, o que não acontece no caso do AMO.

Como bem esclarecido acima, no AMO não há contribuição fixa mensal, mas tão somente o pagamento de coparticipação nos serviços utilizados pelo funcionário e por seus dependentes. Sendo assim, caso o funcionário opte por não utilizar o AMO, jamais será descontado no contracheque.

O §6º do art.30 é bastante claro quando afirma que “nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar (parágrafo incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)”, ou seja, para o modelo de coparticipação não é aplicado o artigo 30.

Verifica-se, assim, que, seja do ponto de vista legal, seja do ponto de vista operacional, não há como os ex-funcionários da EMBRATEL continuarem gozando do benefício assistencial.

Por fim, pende destacar que a Norma de Desligamento de Funcionário da Embratel - NR-DRH-036 (alínea “ix”, do item 4.1 – Critérios e Diretrizes) prevê a possibilidade do funcionário demitido sem justa causa, por mera liberalidade da empresa, ter seu benefício de Assistência Médica prorrogado, apenas e tão somente na modalidade escolha dirigida, por um prazo de até 3 (três) meses, com pagamento da coparticipação de acordo com a utilização do plano, através de boleto bancário.

Você poderá verificar se o beneficiário da Embratel está ativo na área credenciados do site www.embratel.com.br/credenciados.

Atenciosamente,

Gerência de Relações Sindicais, Benefícios e Saúde

Diretoria de Recursos Humanos

Serviço de Apoio ao Credenciado

Para que o atendimento ao Beneficiário seja feito de forma adequada, o Setor Odontológico da PAME criou vários serviços a fim de agilizar o esclarecimento de eventuais dúvidas e apoiar tecnicamente os Credenciados. Utilize-os sempre que necessitar de auxílio.

Área do Credenciado no Site www.pame.com.br

Página do site de acesso exclusivo ao Credenciado, devendo clicar em “Credenciados”

http://www.pame.com.br/beneficiarios/pags/credenciados.html

PAME na Mídia | Fale Conosco | Trabalhe na Pame | Ouvidoria

pame
excelência em saúde

Queremos falar com você!

1 2 3

Credenciados

[Conheça os novos planos Diamante 270, Diamante 260, Rubi 530 e Safira 530.](#)

CPF/CNPJ (somente números)

Senha

Alteração de endereço, dados bancários, telefones e e-mail: [Fale Conosco](#) ou (21)2121-4600.
Prestador localizado fora do estado do Rio de Janeiro, favor entrar em contato com o nosso representante local, conforme link "OUTRAS REGIÕES", na página inicial do site.

Criação de senha ou problemas com o login? [Fale Conosco](#) ou (21)2121-4600. (não esqueça de informar o CPF ou CNPJ)

Atenção Prestador

Prezado Prestador,

Está disponível o comunicado sobre o prazo limite de recebimento de entrega de faturas (médicas e/ou odontológicas), a fim de padronizar a identificação conforme a logo das empresas.

- Comunicado exclusivo aos credenciados do **Manaus/Am**, clique [aqui](#).
- Comunicado exclusivo aos credenciados de **Mato Grosso/Mt**, clique [aqui](#).
- Comunicado exclusivo aos credenciados de **Mato Grosso do Sul/MS**, clique [aqui](#).
- Comunicado exclusivo aos credenciados de **Para/Pa**, clique [aqui](#).
- Comunicado exclusivo aos credenciados de **Pernambuco/Pe**, clique [aqui](#).
- Comunicado exclusivo aos credenciados de **Porto Alegre/RS**, clique [aqui](#).

08:56
29/12/2015

Acesso à Área Exclusiva

Será necessário informar o número do CPF (Credenciado Pessoa Física) ou do CNPJ (Credenciado Pessoa Jurídica) e sua Senha de acesso (criada no primeiro acesso a seu critério). Ressaltamos que a senha será de livre escolha do credenciado.

Se tiver dificuldade com o processo de solicitação da senha de acesso, consulte a Central de Atendimento.

Mensagem

IDENTIFICAÇÃO DE CARTEIRAS PAME

www.pame.com.br (21) 2121-6000/6000

Médico **Diamante xxx** → NOME DO PLANO

Nome do Empregado
Mat: XXX.XXXXX.XX Di. Nasc: XXXXXXXX
Código por Adesão Nacional
Diamante xxx Reg: Acom. Individual
AMBHOSP0105 Valente: XXXXXXXX → LOGO DO CLIENTE CORPORATIVO*

ALGUMAS EMPRESAS COM CONTRATOS DE PLANOS DE SAÚDE PAME

Logo de MN, VALE, INSTITUTO Embratel Claro, ASASTEL, FIPEC, FAPES, EMGEPRON, mapma.

*Algumas carteiras poderão estar sem o logotipo do cliente corporativo.

Prezado Credenciado,

Médico

Autorização médica, através do e-mail: autorizacao@pame.com.br ou Fax: (21) 2121-3433 / 7324 .

Formulário para pedido de Recurso de Glosa(médica), clicando [Aqui](#) .

Link para download, clicando [Tabela de correspondência](#) - TUSS Médica.

OBS: A PAME disponibiliza somente os 2 últimos meses do demonstrativo de pagamento.

Regionais link, [fale conosco](#).

Acesse [aqui](#) aos dados do Imposto de Renda 2014 .

Acesse [aqui](#) aos dados do Imposto de Renda

ANS - nº 34240-8

PAME Associação de Assistência Plena em Saúde
Av. Presidente Vargas, 463 - 21º andar - Centro - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20071-908 - Telefone: (21) 2121-4600/6000

Serviços Disponíveis – Acesso Exclusivo do Credenciado

- Pedido de Recurso de Glosa
- Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel – TPOE
- Tabela de Correspondência – TUSS
- Formulários (guias, pedido de recurso de glosa (odonto), devolução de radiografias etc.
- Informe para Declaração do Imposto de Renda

Central de Atendimento ao Credenciado

Telefones de acesso:

(021) 2121 – 6000/4600 Central de Atendimento PAME – 24h
0800 721 7263 Serviço de Atendimento ao Beneficiário – 24h
Fax.: (21) 2121-4639

O endereço a ser utilizado no Rio de Janeiro para envio de notas fiscais, formulários TISS, entrega de faturas e outras correspondências, será o da PAME.

Av. Presidente Vargas, 463 - 21º andar - Centro - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20071-908

Informe ao atendente a sua dificuldade ou dúvida, e caso haja necessidade de uma orientação técnica, solicite via e-mail.

Para outras regionais: link [Outras Regionais](#)

Site: www.pame.com.br - Link: [Fale Conosco](#)

Atendimento Regional

Região Sul:

Estado do Paraná: Cidade: Curitiba – Tel.: (41) 2106 – 9201 / (41) 2106 – 9202 - Fax: (41) 2106 – 9077

Endereço: Av. Jaime Reis, 495 – Alto do São Francisco – Curitiba – PR CEP: 80510-010

E-mail: regional-pr@pame.com.br

Cidades Atendidas: Blumenau, Cachoeirinha, Canoas, Cascavel, Caxias do Sul, Chapecó, Criciúma, Estância Velha, Esteio, Florianópolis, Foz do Iguaçu, Gravataí, Joaçaba, Joinville, Lages, Londrina, Maringá, Novo Hamburgo, Osório, Paranaguá, Passo Fundo, Pelotas, Ponta Grossa, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz, Santa Maria, Santo Angelo, Umuarama e Uruguaiana.

Regiões Centro Oeste / Norte / Nordeste e Sudeste

Estado da Bahia: Cidade: Salvador – Tel.: (71) 2106 – 6106 / (71) 2106 – 6116 – Fax: (71) 2106 – 6292

Rua do Carro, 120 - Nazaré - Salvador/BA - CEP: 40040-240

E-mail: regional-ba@pame.com.br

Cidades Atendidas: Aracaju, Eunápolis, Feira de Santana, Ilhéus, Itabuna, Lauro de Freitas e Vitória da Conquista.

Estado do Ceará: Cidade: Fortaleza – Tel.: (85) 4005 – 2116 – Fax: (85) 4005 – 2173

Av. Pontes Vieira, 1554 - Dionísio Torres - Fortaleza/CE - CEP: 60130-241

E-mail: regional-ce@pame.com.br

Cidades Atendidas: João Pessoa, Juazeiro do Norte, Maceió, Mossoró, Natal, Petrolina e Recife

Distrito Federal: Cidade: Brasília – Tel.: (61) 2106 – 8123 / 8133 – Fax: (61) 2106–8451

Setor Com.Sul (SCS) - Quadra 5 - Bloco E - Térreo - Asa Sul - Brasília/DF - CEP: 70328-900

E-mail: regional-df@pame.com.br

Cidades Atendidas: Brasília, Gurupi, Palmas, Rio Verde e Santo Angelo.

Estado de Minas Gerais: Cidade: Belo Horizonte – Tel.: (31) 2121 – 3228 – Fax: (31) 2121–3700

Rua Espírito Santo, 1000 – Térreo – Centro – Belo Horizonte – MG CEP: 30160-031

E-mail: regional-mg@pame.com.br

Cidades Atendidas: Betim, Bicas, Contagem, Governador Valadares, Ipatinga, Juiz de Fora, Montes Claros, Nova Lima, Uberaba, Uberlândia e Varginha.

Estado do Rio de Janeiro: Cidade: Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2121-6000

Av. Presidente Vargas, 463 – 21º andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20071-908

Autorização: autorizacaodonto@pame.com.br

Faturamento: atendimento_dental@pame.com.br

Cidades Atendidas: Araruama, Barra do Garças, Belém, Boa Vista, Búzios, Cabo Frio, Cáceres, Cachoeiro de Itapemirim, Campos dos Goytacazes, Campo Grande, Colatina, Corumbá, Cuiabá, Macaé, Dourados, Humaitá, Imperatriz, Macaé, Macapá, Manaus, Marabá, Nova Friburgo, Petrópolis, Porto Velho, Resende, Rio Branco, Rio das Ostras, Rondonópolis, Santarém, Saquarema, São Luis, São Mateus, Sinop, Teresina, Teresópolis, Vila Velha, Vitória e Volta Redonda.

Estado de São Paulo: Cidade: São Paulo – Tel.: (11) 2121–2262 / 2621 / 2407 – Fax: (11) 2121–2396
Rua dos Ingleses, 600 Térreo – Bela Vista – São Paulo – SP CEP: 01329-904
E-mail: regional-sp@pame.com.br

Cidades Atendidas: Alphaville, Araçatuba, Araraquara, Atibaia, Barueri, Bauru, Bragança Paulista, Campinas, Cubatão, Diadema, Ferraz de Vasconcellos, Franca, Guarujá, Guarulhos, Indaiatuba, Itapevi, Itatiba, Jundiaí, Marília, Morungaba, Osasco, Piracicaba, Poá, Praia Grande, Rio Claro, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Santo André, São José do Rio Preto, São José dos Campos, Santos, São Bernardo, São Caetano, São Vicente, Sorocaba e Taubaté.

Atendimento via e-mail

atendimento_dental@pame.com.br

Orientar os Credenciados nas particularidades da operação da REDE CREDENCIADA, na resolução de reclamações e no acompanhamento do desempenho de cada profissional.

Informe sempre no “assunto” do e-mail o seu código (CPF pessoa física ou CNPJ pessoa jurídica) de Credenciado, sua cidade e Estado.

Contato Direto com os Setores:

Autorização → e-mail: autorizacaodonto@pame.com.br / Fax: (21) 2121-8558

Faturamento → e-mail: atendimento_dental@pame.com.br / Fax: (21) 2121-8558

Recurso de Glosa : e-mail: recurso_glosa@pame.com.br recurso

Endereço para Correspondência

PAME Associação de Assistência Plena em Saúde
Av. Presidente Vargas, 463 – 21º andar / Centro
CEP: 20080-004 – Rio de Janeiro – RJ
ANS – nº 34240-8
Fax: (021) 2121 – 4639

Atualização Cadastral

A precisão de seus dados cadastrais registrados na PAME é muito importante para que os Beneficiários possam localizar o seu consultório e também para que o crédito dos pagamentos seja efetuado corretamente.

Caso alguma informação cadastral esteja incorreta, solicitamos que providencie a correção dos dados. Para isso, contate a Central de Atendimento (021) 2121 – 6000/4600 ou envie solicitação por fax, juntamente com os documentos necessários, para o e-mail do credenciamento@pame.com.br ou fax (21) 2121-7675 (setor de Credenciamento) ou via correio para o endereço da PAME.

- **Atualização/correção de telefone:**
- **Mudança de razão social/nome fantasia:** enviar novo Contrato Social.
- **Atualização de endereço:** Solicitar por escrito (fax ou Correio) com cópia do Alvará de Localização.
- **Inclusão/Exclusão de especialidade:** enviar solicitação por escrito e anexar cópia do título registrado no CRO (para inclusão).

Reposição de Formulários

Os formulários necessários podem ser retirados em nossa sede (Av. Presidente Vargas, 463 – 21º andar / Centro - /Rio de Janeiro) e com nossos representantes regionais (consultar localidade através da Central de Atendimento ao Credenciado e diretamente neste Manual).

Estão disponíveis **formulários eletrônicos** no site da PAME. Essa versão poderá ser arquivada em seu computador e será **útil para situações de urgência em que não haja disponibilidade de formulário em seu consultório.**

Credenciado

Portal Tiss

Guias TISS - EMBRATEL (Registro ANS: 32058-7)
Guia_Consulta_Embratel
Guia_Honorario_Individual_Embratel
Guia_Outras_Despesas_Embratel
Guia_Resumo_Internacao_Embratel
Guia_SADT_Embratel
Guia_Solicitacao_Internacao_Embratel
Anexo_de_Solicitacao_de_OPME_Embratel
Anexo_de_Solicitacao_de_Quimioterapia_Embratel
Anexo_de_Solicitacao_de_Radioterapia_Embratel
Guia_de_Prorrogacao_de_Internacao_e_Complementacao_do_Tratamento_Embratel
Guia_de_Recurso_Glosa_Embratel
Formulário_de_obstetria_Embratel
Guias Odontológica - EMBRATEL
Guia_de_Cobrança_Odontológica_Embratel
Guia_de_Tratamento_Odontológico_situação_inicial_Embratel
Remessa_atendimento_Embratel_Med/Odonto(Capa de Lote)
Manual TISS Odontologia
Observação
As guias que são disponibilizadas pelo site não possuem numeração. Qualquer dúvida, entre em contato pelo fale conosco.

ANS - nº 34240-8

PAME Associação de Assistência Plena em Saúde
Av. Presidente Vargas, 463 - 21º andar - Centro - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20071-908 - Telefone: (21) 2121-4600/6000

- **GTOs – Guia de Tratamento Odontológico.**
- **Periogramas – Para tratamento de Raspagem Sub-Gengival (bolsas igual ou acima de 4mm).**
- **Capas Lote – Envios de faturas para processamento/pagamento.**

Será necessário clicar no link correspondente a empresa do beneficiário

Obs.: Destacamos que, a PAME também operacionaliza o sistema de Autogestão das Operadoras de Saúde:

1. Empresa Brasileira de Telecomunicações S.A., CNPJ: 33.530.486/0001-29 registrada na ANS sob o número 320587-7;
2. Telos – Fundação Embratel da Seguridade Social, CNPJ: 42.465.310/0001-21 registrada na ANS sob o número 31684-9.

Remessa_atendimento_Pame_Med/Odonto(Capa de Lote)	Manual TISS Odontologia	
Remessa_atendimento_Embratel_Med/Odonto(Capa de Lote)	Manual TISS Odontologia	→ Capa Lote - Envio de faturas para pagamento
Remessa_atendimento_Brasil_Center_Med/Odonto(Capa de Lote)	Manual TISS Odontologia	
Remessa_atendimento_Telos_Med/Odonto(Capa de Lote)	Manual TISS Odontologia	
Download de Guias Odontológicas.		
Guia_de_Cobrança_Odontologia_Pame		
Guia_de_Cobrança_Odontologia_Embratel		→ Guias TISS (Total de 4, sendo cada 1 para a Empresa em questão)
Guia_de_Cobrança_Odontologia_Brasil_Center		
Guia_de_Cobrança_Odontologia_Telos		
Guia_de_Tratamento_Odontológico_situação_inicial_Embratel		
Guia_de_Tratamento_Odontológico_situação_inicial_Brasil_Center		
Guia_de_Tratamento_Odontológico_situação_inicial_Telos		→ Periogramas: Raspagem Sub-Gengival (Bolsas igual ou acima de 4mm)
Guia_de_Tratamento_Odontológico_situação_inicial_Pame		

Guia Rápido de Atendimento ao Beneficiário

Este guia tem a finalidade de auxiliar você e sua equipe nos principais passos para o atendimento aos Beneficiários. Não deixe de verificar as informações completas de cada item, pois são fundamentais para um atendimento seguro.

Identificação do Beneficiário

O cartão de identificação é de uso pessoal e intransferível. Nele há informações importantes que sempre deverão ser verificadas para o atendimento correto aos Beneficiários. A apresentação do cartão é obrigatória e deve ser acompanhada do documento de identidade.

Verifique o cartão do beneficiário certificando-se de que:

- O Beneficiário tem cobertura odontológica;
- O plano está dentro da vigência (conforme a validade no cartão);
- O procedimento a ser realizado está coberto pelo plano do Beneficiário;
- O procedimento não esteja em carência ou dentro do prazo de garantia;
- O Beneficiário está dentro da faixa etária autorizada para o procedimento a ser realizado;
- O procedimento necessita de autorização prévia.

Atendimento ao Beneficiário

Após a identificação das coberturas do Beneficiário, o seu atendimento poderá ser iniciado. Os procedimentos deverão ser registrados na GTO com código, descrição, dente/região, faces (quando exigidas), data de atendimento e assinatura do beneficiário somente para a consulta, que não requer autorização prévia, confirmando a sua realização, além dos dados cadastrais.

(OBS: A assinatura do beneficiário só deverá ser inserida após a realização dos procedimentos, exceto para consultas, portanto não deverá constar na Guia quando da solicitação de autorização.)

Solicitação de Autorização

A obtenção de Autorização prévia é necessária para a realização de determinados procedimentos. Sendo assim solicitamos a conferência na Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel (TPOE).

Em seguida, a GTO deverá ser enviada por fax, e-mail ou Correios, para obtenção de autorização, atentando para o envio de complementos determinados para alguns procedimentos, tais como Justificativas, LOS, Termos de Responsabilidades e Periograma.

Informamos que as informações pertinentes às Auditorias, Imagens Radiográficas, Justificativas, LOS, Termos de Responsabilidades e Periograma seguem a regra praticada na Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel (TPOE).

Qualquer informação adicional na Autorização será um mero aditivo destas regras.

Fax: (021) 2121 – 8558 – Confirmar recebimento via e-mail, sendo informada a data de envio, matrícula e nome do Beneficiário.

E-mail: autorizacaodonto@pame.com.br.

Correios: Endereço para correspondência (páginas 3 e 4 deste manual) – Enviar cópia.

Obs.1: O prazo regulamentar definido pela Agencia reguladora é de 07 dias úteis para a realização do procedimento junto à Rede Credenciada. A PAME cumpre seu compromisso junto ao Beneficiário e finaliza os pedidos de autorização em um prazo máximo de até 05 dias úteis para processamento. Neste período, sua solicitação de autorização estará sendo analisada pela PAME, e caso haja restrições, será informado a resolução ou negativa através do e-mail cadastrado.

Obs.2: É de suma importância manter seu e-mail de contato atualizado junto a PAME.

Importante:

Todo o processo de solicitação, liberação e justificativas deverá ser providenciado exclusivamente pelo Credenciado diretamente com os canais de comunicação da PAME, disponibilizados para o seu atendimento.

O Credenciado não deverá envolver o Beneficiário nos aspectos operacionais da solicitação de autorização. Em caso de dúvidas, solicite orientação através do e-mail atendimento_dental@pame.com.br.

Quando houver restrição à liberação da autorização e necessidade de análise técnica por parte dos Auditores Odontológicos, o Credenciado deverá aguardar o período definido para a resposta e orientar adequadamente o Beneficiário.

Os procedimentos solicitados e que estiverem aguardando análise da PAME, não deverão ser realizados até a liberação, mesmo que haja solicitação do Beneficiário. **Em caso de necessidades especiais, solicitamos entrar em contato com a Central de Atendimento ou através do e-mail atendimento_dental@pame.com.br.**

REVALIDAÇÃO:

A autorização tem a finalidade de verificação da situação cadastral e a cobertura do Beneficiário na data da solicitação.

Todas as autorizações terão validade de 03 (três) meses, a partir da data da solicitação. Se não for concluído todo o tratamento até esse prazo, deverá ser solicitada a revalidação, sendo necessário o envio da autorização vencida (com uma nova GTO), com a escrita de "REVALIDAR".

Na nova Guia poderá ser solicitado somente os procedimentos que não foram executados. Não se faz necessário revalidar os procedimentos já realizados, estes podem ser enviados para cobrança independente do término de todos os procedimentos autorizados.

Será concedido um novo prazo de mais 03 (três) meses para esta mesma numeração de autorização.

Recebimento da Autorização

Após análise e processamento da PAME, será enviada a autorização para o e-mail junto a ela cadastrado, **sendo de suma importância a atualização dos dados cadastrais**. Uma cópia também será enviada para o e-mail do Beneficiário. Estarão contidas, no corpo do e-mail, todas as informações necessárias para o início e conclusão do tratamento e, se for o caso, as negativas detalhadas de cada procedimento, bem como outras orientações em geral correspondentes à solicitação e envio para o faturamento/pagamento.

RADIOLOGIA

Para os procedimentos de Exames de Imagem (Radiologia), os Beneficiários deverão ser encaminhados às clínicas radiológicas Credenciadas de sua escolha sempre com o receituário detalhado (dente/região) preenchido pelo Credenciado solicitante, contendo data, carimbo e assinatura. Para procedimentos que exigem autorização prévia, deverá ser assumido o mesmo processo de solicitação das autorizações.

Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel (TPOE)

LEGENDAS				
Região	Código	Descrição	Código	Descrição
Arco	AS	Arco Superior	I	Inicial
	ASAI	Arco Superior e Inferior	F	Final
	AI	Arco Inferior	IF	Inicial e Final
Hemiarco	H A	HASD - Hemiarco Superior Direito	IIF	Inicial, Final e Instalação (Ortodontia)
		HASE - Hemiarco Superior Esquerdo	V	Por vida (Com qtd por vida junto a letra)
		HAID - Hemiarco Inferior Direito	U	Prazo de Garantia único
		HAIE - Hemiarco Inferior Esquerdo	1	Prazo de Garantia de 1 mês
Sextante	SGT	S1 - Sextante Superior Posterior Direito	3	Prazo de Garantia de 3 meses
		S2 - Sextante Superior Anterior	4	Prazo de Garantia de 4 meses
		S3 - Sextante Superior Posterior Esquerdo	6	Prazo de Garantia de 6 meses
		S4 - Sextante Inferior Posterior Esquerdo	12	Prazo de Garantia de 12 meses
		S5 - Sextante Inferior Anterior	24	Prazo de Garantia de 24 meses
		S6 - Sextante Inferior Posterior Direito	36	Prazo de Garantia de 36 meses
Dente	D	11-12-13-14-15-16-17-18-19-51-52-53-54-55	48	Prazo de Garantia de 48 meses
		21-22-23-24-25-26-27-28-29-61-62-63-64-65	60	Prazo de Garantia de 60 meses
		31-32-33-34-35-36-37-38-39-71-72-73-74-75	E	Procedimento exclusivo especialistas
		41-42-43-44-45-46-47-48-49-81-82-83-84-85	S	Sim
-	P	Periograma	N	Não
-	-	Sujeito a análise do processamento PAME		

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	DENTE/REGIÃO	AUDITORIA	RAIO X	JUSTIFICATIVA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	PRAZO GARANTIA	IDADE MIN	IDADE MAX	ESPECIALIDADES	CARÊNCIA POR DIAS
TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EMBRATTEL											
DIAGNÓSTICO											
8.20.00.026	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	-	N	N	S	S	4	-	-	E	0
8.10.00.014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	-	N	N	S	N	4	-	13	E	0
8.10.00.030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	-	N	N	-	N	6	-	-	-	0
8.10.00.065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	-	N	N	-	N	4	-	-	-	0
8.10.00.111	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	-	N	N	N	S	6	-	-	E	0
8.10.00.138	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	-	N	N	N	S	6	-	-	E	0
8.10.00.154	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	-	N	N	N	S	6	-	-	E	0
8.10.00.170	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	-	N	N	N	S	6	-	-	E	0
8.20.00.441	COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	D	N	N	N	S	U	13	-	E	180
8.20.01.103	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
8.40.00.252	TESTE DE PH SALIVAR	-	N	N	S	S	6	2	-	E	120
8.40.00.244	TESTE DE FLUXO SALIVAR	-	N	N	S	S	6	-	3	E	0
EMERGÊNCIA											
8.10.00.049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.10.00.057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 h	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.20.00.468	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.20.00.484	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.20.01.022	INCISÃO DE DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABCESSO, HEMATOMA E/OU FLEIMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.20.01.030	INCISÃO DE DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABCESSO, HEMATOMA E/OU FLEIMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.20.01.197	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (ATM)	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.20.01.251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.20.01.308	REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	DENTE/REGIÃO	AUDITORIA	RAIO X	JUSTIFICATIVA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	PRAZO GARANTIA	IDADE MIN	IDADE MAX	ESPECIALIDADES	CARÊNCIA POR DIAS
8.20.01.316	REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.20.01.499	SUTURA DE FERIDA DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.20.01.650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.51.00.048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.52.00.034	PULPECTOMIA	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.52.00.085	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.53.00.080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.54.00.467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
8.54.00.475	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	-	-	-	S	N	-	-	-	-	0
CIRURGIA											
8.20.00.034	ALVEOLOPLASTIA	H A	N	N	N	S	12	-	-	E	180
8.20.00.050	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	D	N	F	N	S	U	12	-	E	180
8.20.00.069	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	D	N	F	N	S	U	12	-	E	180
8.20.00.190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	SGT	N	N	S	S	U	7	-	E	180
8.20.00.239	BIÓPSIA DE BOCA	ASAI	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.247	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	AS ou AI	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.255	BIÓPSIA DE LÁBIO	AS ou AI	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.263	BIÓPSIA DE LÍNGUA	AI	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.271	BIÓPSIA DE MANDÍBULA	AI	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.280	BIÓPSIA DE MAXILA	AS	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.298	BRIDECTOMIA	SGT	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.301	BRIDOTOMIA	SGT	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	AS	N	N	S	S	U	6	-	E	180
8.20.00.360	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR # BILATERAL	AI	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.387	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR # UNILATERAL	AI	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.395	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	AS	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.743	EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	ASAI	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.778	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CÁLCULO SALIVAR	ASAI	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.00.786	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	D	N	I	S	S	6	-	-	E	180
8.20.00.794	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE MUOCOCELE	ASAI	N	N	N	S	24	3	-	E	180
8.20.00.808	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE RÂNULA	AI	N	N	S	S	U	-	-	E	180

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	DENTE/REGIÃO	AUDITORIA	RAIO X	JUSTIFICATIVA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	PRAZO GARANTIA	IDADE MIN	IDADE MAX	ESPECIALIDADES	CARÊNCIA POR DIAS
8.20.00.816	EXODONTIA A RETALHO	D	N	IF	N	S	U	13	-	-	180
8.20.00.832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA / PROTÉTICA	D	N	IF	N	S	U	13	-	-	180
8.20.00.859	EXODONTIA RAIZ RESIDUAL	D	N	IF	N	S	U	13	-	-	180
8.20.00.875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	D	N	IF	N	S	U	13	-	-	180
8.20.00.883	FRENULECTOMIA LABIAL	AS ou AI	N	N	N	S	U	-	-	E	180
8.20.00.891	FRENULECTOMIA LINGUAL	AI	N	N	N	S	U	-	-	E	180
8.20.00.905	FRENULOTOMIA LABIAL	AS ou AI	N	N	N	S	U	-	-	E	180
8.20.00.913	FRENULOTOMIA LINGUAL	AI	N	N	N	S	U	-	-	E	180
8.20.01.073	ODONTO-SECÇÃO	D	N	IF	N	S	U	15	-	E	180
8.20.01.154	RECONSTRUÇÃO DE SULCO-GENGIVO LABIAL	AS ou AI	N	N	N	S	U	15	70	E	180
8.20.01.170	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE ALVÉOLO DENTÁRIA	H A	N	IF	N	S	U	2	-	E	180
8.20.01.189	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE ALVÉOLO DENTÁRIA	H A	N	IF	N	S	U	2	-	E	180
8.20.01.286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/IMPACTADOS	D	N	IF	N	S	U	7	-	-	180
8.20.01.294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI INCLUSOS/IMPACTADOS	D	N	IF	N	S	U	7	-	-	180
8.20.01.367	REMOÇÃO DE ODONTOMA	AS ou AI	N	I	S	S	U	-	-	E	180
8.20.01.499	SUTURA DE FERIDA DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	D	N	N	N	S	-	-	-	-	180
8.20.01.510	TRATAMENTO CIRURGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL	AS	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.01.529	TRATAMENTO CIRURGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL	AS	N	N	S	S	U	-	-	E	180
8.20.01.545	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIL	ASAI	N	N	N	S	U	2	-	E	180
8.20.01.553	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	AS ou AI	N	N	N	S	U	2	-	E	180
8.20.01.588	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPEPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS / CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	AS ou AI	N	N	N	S	U	2	-	E	180
8.20.01.596	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS / CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	AS ou AI	N	N	N	S	U	2	-	E	180
8.20.01.618	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	ASAI	I	N	N	S	U	2	-	E	180
8.20.01.634	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS # SEM RECONSTRUÇÃO	AS ou AI	I	N	N	S	U	2	-	E	180

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	DENTE/REGIÃO	AUDITORIA	RAIO X	JUSTIFICATIVA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	PRAZO GARANTIA	IDADE MIN	IDADE MAX	ESPECIALIDADES	CARÊNCIA POR DIAS
8.20.01.707	ULECTOMIA	D	N	N	N	S	12	6	-	E	180
8.20.01.715	ULOTOMIA	D	N	N	N	S	12	6	-	E	180
IMPLANTODONTIA											
8.20.00.620	ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO	SGT	I	N	N	S	12	21	-	E	365
8.20.00.980	IMPLANTE ÓSSEO INTEGRADO	D	IF	IF	N	S	U	21	-	E	365
8.20.01.049	LEVANTAMENTO DE SEIO MAXILAR	H A	IF	N	N	S	U	21	-	E	365
8.55.00.038	COROA TOTAL METALO CERÂMICA SOBRE IMPLANTE	D	IF	IF	N	S	48	21	-	E	365
8.55.00.062	GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTE	AS ou AI	IF	N	N	S	12	21	-	E	365
8.55.00.070	INTERMEDIÁRIO PROTÉTICO (PARA IMPLANTES)	D	IF	IF	N	S	U	21	-	E	365
8.55.00.097	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O'RING SOBRE DOIS IMPLANTES	AS ou AI	IF	N	N	S	60	21	-	E	365
8.55.00.100	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O'RING SOBRE QUATRO OU MAIS IMPLANTES	AS ou AI	IF	N	N	S	60	21	-	E	365
8.55.00.119	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O'RING SOBRE TRÊS IMPLANTES	AS ou AI	IF	N	N	S	60	21	-	E	365
8.55.00.143	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTÉTICA	AS ou AI	IF	IF	N	S	60	21	-	E	365
8.55.00.151	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTÉTICA	AS ou AI	IF	IF	N	S	60	21	-	E	365
DENTÍSTICA											
8.51.00.064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	D	N	N	N	S	24	13	-	-	180
8.51.00.099	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 1 FACE	D	N	N	N	S	24	2	-	-	180
8.51.00.102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 2 FACES	D	N	N	N	S	24	2	-	-	180
8.51.00.110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 3 FACES	D	N	N	N	S	24	2	-	-	180
8.51.00.129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 4 FACES	D	N	N	N	S	24	2	-	-	180
8.51.00.137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE	D	N	N	N	S	24	2	-	-	180
8.51.00.145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 2 FACES	D	N	N	N	S	24	2	-	-	180
8.51.00.153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 3 FACES	D	N	N	N	S	24	2	-	-	180
8.51.00.161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 4 FACES	D	N	N	N	S	24	2	-	-	180
8.51.00.196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 1 FACE	D	N	N	N	S	24	2	-	-	180
8.51.00.200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 2 FACES	D	N	N	N	S	24	2	-	-	180
8.51.00.218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 3 FACES	D	N	N	N	S	24	2	-	-	180
8.51.00.226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 4 FACES	D	N	N	N	S	24	2	-	-	180

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	DENTE/REGIÃO	AUDITORIA	RAIO X	JUSTIFICATIVA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	PRAZO GARANTIA	IDADE MIN	IDADE MAX	ESPECIALIDADES	CARÊNCIA POR DIAS
8.53.00.012	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	AS ou AI	N	N	N	S	4	13	-	-	180
8.54.00.017	AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	AS ou AI	N	N	N	S	12	12	18	-	180
ENDODONTIA											
8.20.00.077	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	D	N	IF	N	S	U	13	-	E	180
8.20.00.085	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	D	N	IF	N	S	U	13	-	E	180
8.20.00.158	APICETOMIA MULTIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	D	N	IF	N	S	U	13	-	E	180
8.20.00.166	APICETOMIA MULTIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETROGRADA	D	N	IF	N	S	U	13	-	E	180
8.20.00.174	APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	D	N	IF	N	S	U	13	-	E	180
8.20.00.182	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	D	N	IF	N	S	U	13	-	E	180
8.51.00.013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	D	N	IF	S	S	U	6	14	E	180
8.51.00.080	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE	D	N	N	S	S	6	2	15	E	180
8.52.00.018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO	D	N	IF	N	S	36	6	-	E	180
8.52.00.050	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	D	N	IF	N	S	U	15	-	E	180
8.52.00.077	REMOÇÃO DE NUCLEO INTRARRADICULAR	D	N	IF	N	S	U	13	-	E	180
8.52.00.093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	D	N	IF	N	S	U	7	-	-	180
8.52.00.107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	D	N	IF	N	S	U	7	-	-	180
8.52.00.115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	D	N	IF	N	S	U	7	-	-	180
8.52.00.123	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	D	N	IF	N	S	U	7	-	-	180
8.52.00.131	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	D	N	IF	N	S	U	15	-	E	180
8.52.00.140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	D	N	IF	N	S	U	7	-	-	180
8.52.00.158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	D	N	IF	N	S	U	7	-	-	180
8.52.00.166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	D	N	IF	N	S	U	7	-	-	180
ODONTOPEDIATRIA											
8.30.00.020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO	D	N	IF	N	S	24	2	-	E	180
8.30.00.046	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	D	N	IF	N	S	12	5	13	E	180
8.30.00.062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO	D	N	IF	N	S	12	5	13	E	180
8.30.00.089	EXODONTIA DE DECÍDUOS	D	N	N	N	S	U	-	13	E	180
8.30.00.097	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	AS ou AI	IF	N	N	S	U	4	13	E	180

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	DENTE/REGIÃO	AUDITORIA	RAIO X	JUSTIFICATIVA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	PRAZO GARANTIA	IDADE MIN	IDADE MAX	ESPECIALIDADES	CARÊNCIA POR DIAS
8.30.00.100	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	AS ou AI	IF	N	N	S	U	4	13	E	180
8.30.00.127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	D	N	F	N	S	U	2	15	E	180
8.30.00.135	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO	D	N	N	N	S	6	2	15	E	180
8.30.00.151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	D	N	IF	N	S	U	2	13	E	180
8.40.00.031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	H A	N	N	N	S	24	-	13	E	180
8.40.00.112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	ASAI	N	N	N	S	6	2	15	E	180
8.50.00.787	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	D	N	IF	S	S	6	-	-	E	180
8.51.00.013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	D	N	IF	S	S	U	6	14	E	180
8.51.00.242	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL	ASAI	N	N	S	S	U	2	13	E	180
8.52.00.042	PULPOTOMIA	D	N	F	N	S	U	2	14	E	180
8.60.00.144	ARCO LINGUAL	AI	F	N	N	S	U	4	13	E	180
8.70.00.040	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	D	N	IF	N	S	24	2	15	E	180
8.70.00.059	COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE	D	N	IF	N	S	24	6	15	E	180
8.70.00.067	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE	D	N	IF	N	S	24	6	15	E	180
ORTODONTIA											
8.10.00.030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	-	N	N	-	N	6	-	-	E	0
8.40.00.198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	ASAI	N	N	N	N	1	6	-	E	365
8.20.00.964	MINI IMPLANTE	SGT	IF	IF	N	S	12	12	-	E	365
8.60.00.209	CONTENÇÃO FIXA - POR ARCADA	AS e AI	AF	N	S(LOS)	S	U	16	-	E	720
8.60.00.608	PLACA DE CONTENÇÃO ORTODONTICA	AS E AI	AF	N	S(LOS)	S	U	16	-	E	720
8.60.00.357	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO FIXO (módulo corretivo)	ASAI	IIF	N	N	S	U	6	-	E	365
8.60.00.365	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO ORTOPÉDICO (módulo interceptativo)	ASAI	IIF	N	N	S	U	6	18	E	365
8.60.00.373	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO REMOVÍVEL (módulo interceptativo)	ASAI	IIF	N	N	S	U	6	18	E	365
PERIODONTIA											
8.20.00.026	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/ PROCEDIMENTO CIRURGICO EM ODONTOLOGIA	ASAI	N	N	S	S	3	15	-	E	180

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	DENTE/REGIÃO	AUDITORIA	RAIO X	JUSTIFICATIVA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	PRAZO GARANTIA	IDADE MIN	IDADE MAX	ESPECIALIDADES	CARÊNCIA POR DIAS
8.20.00.212	AUMENTO DE COROA CLINICA	D	N	I	S	S	12	13	-	E	180
8.20.00.417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	SGT	N	I	S	S	12	15	-	E	180
8.20.00.557	CUNHA PROXIMAL	SGT	N	N	N	S	6	15	-	-	180
8.20.00.662	EXERTO GENIVAL LIVRE	SGT	N	N	S	S	U	15	-	E	180
8.20.00.689	ENXERTO PEDICULADO	SGT	N	N	N	S	U	15	-	E	180
8.20.00.921	GENGIVECTOMIA	SGT	N	N	N	S	6	15	-	E	180
8.20.00.948	GENGIVOPLASTIA	H A	N	N	S	S	6	15	-	E	180
8.20.01.685	TUNELIZAÇÃO	D	N	I	S	S	12	12	-PP	E	180
8.53.00.020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	D	N	IF	N	S	6	-	-	E	180
8.53.00.039	RASPAGEM SUB-GENIVAL / ALISAMENTO RADICULAR	SGT	N	N	N	S	6	15	-	E	180
8.53.00.055	REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	ASAI	N	N	N	S	12	15	-	E	180
8.53.00.063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	ASAI	N	I	N	S	12	2	-	E	180
8.53.00.071	TRATAMENTO DE GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE AGUDA - GUNA	AS e AI	N	N	N	S	6	2	-	E	180
PREVENÇÃO											
8.40.00.058	APICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA	D	N	N	N	S	12	5	13	-	180
8.40.00.074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	D	N	N	N	S	12	5	13	-	180
8.40.00.090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	ASAI	N	N	N	N	6	-	15	-	0
8.40.00.139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	ASAI	N	N	N	N	6	-	-	-	0
8.40.00.163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	ASAI	N	N	N	S	2	2	15	-	E
8.40.00.198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	ASAI	N	N	N	N	6	-	-	-	0
8.40.00.201	REMINERALIZAÇÃO	ASAI	N	N	N	S	12	6	18	-	0
8.53.00.047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	SGT	N	N	N	S	6	15	-	-	0
8.70.00.016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	ASAI	N	N	N	N	6	-	-	-	0
8.70.00.032	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	ASAI	N	N	N	N	6	-	-	-	0
PRÓTESE											
8.54.00.157	COROA TOTAL METALO-CERÂMICA (DENTES: 2 e 3 MOLARES)	D	N	IF	N	S	48	21	-	-	365
8.51.00.170	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - INLAY (DENTES: 2 e 3 MOLARES)	D	N	IF	N	S	36	13	-	-	365
8.51.00.188	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - ONLAY (DENTES: 2 e 3 MOLARES)	D	N	IF	N	S	36	13	-	-	365
7.82.40.034	REPARO DE PRÓTESE FIXA	D	N	N	S	S	6	13	-	E	365

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	DENTE/REGIÃO	AUDITORIA	RAIO X	JUSTIFICATIVA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	PRAZO GARANTIA	IDADE MIN	IDADE MAX	ESPECIALIDADES	CARÊNCIA POR DIAS
8.10.00.260	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	AS ou AI	N	N	N	S	12	13	-	E	365
8.51.00.170	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - INLAY	D	N	IF	N	S	36	13	-	-	365
8.51.00.188	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - ONLAY	D	N	IF	N	S	36	13	-	-	365
8.52.00.026	PREPARO PARA NUCELO INTRARRADICULAR	D	N	IF	N	S	12	15	-	E	180
8.54.00.025	AJUSTE OCLUSAL	AS e AI	N	N	S	S	12	21	-	-	365
8.54.00.033	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	AS e AI	N	N	N	S	12	21	-	-	365
8.54.00.050	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	AS e AI	N	N	N	S	12	21	-	-	365
8.54.00.076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	D	N	N	N	S	12	13	-	-	365
8.54.00.084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	D	N	N	N	S	24	-	-	-	365
8.54.00.092	COROA TOTAL ACRÍLICA Prensada	D	N	N	N	S	24	13	-	-	365
8.54.00.114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	D	N	IF	N	S	36	13	-	-	365
8.54.00.149	COROA TOTAL METÁLICA	D	N	IF	N	S	36	7	-	-	365
8.54.00.157	COROA TOTAL METALO CERÂMICA	D	N	IF	N	S	48	21	-	-	365
8.54.00.173	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA # RESINA ACRÍLICA	D	N	IF	N	S	36	13	-	-	365
8.54.00.181	FACETA EM CERAMICA PURA	D	N	IF	N	S	36	15	-	-	365
8.54.00.211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	D	N	IF	N	S	36	13	-	-	365
8.54.00.220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	D	N	IF	N	S	36	13	-	-	365
8.54.00.246	ORTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	AS e AI	N	N	S	S	12	15	-	E	365
8.54.00.262	PINO PRÉ FABRICADO	D	N	IF	N	S	36	-	-	-	365
8.54.00.319	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO PLÁSTICA	D	IF	IF	N	S	36	18	-	-	365
8.54.00.335	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERAMICA	D	IF	IF	N	S	36	18	-	-	365
8.54.00.343	PRÓTESE PARCILA FIXA EM METALO PLÁSTICA	D	IF	IF	N	S	36	18	-	-	365
8.54.00.360	PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA	D	N	N	N	S	12	-	-	-	365
8.54.00.386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	AS e AI	F	N	N	S	36	15	-	-	365
8.54.00.394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	AS e AI	N	N	N	S	12	15	-	-	365
8.54.00.408	PRÓTESE TOTAL	AS e AI	F	N	N	S	36	21	-	-	365
8.54.00.416	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	AS e AI	N	N	S	S	36	21	-	-	365
8.54.00.424	PRÓTESE TOTAL INCOLOR	AS e AI	F	N	N	S	36	21	-	-	365

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	DENTE/REGIÃO	AUDITORIA	RAIO X	JUSTIFICATIVA	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA	PRAZO GARANTIA	IDADE MIN	IDADE MAX	ESPECIALIDADES	CARÊNCIA POR DIAS
8.54.00.440	PROVISÓRIO PARA INLAY / ONLAY	D	N	N	N	S	12	13	-	-	365
8.54.00.459	PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	D	N	N	N	S	24	-	-	-	365
8.54.00.483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM CONSULTÓRIO)	AS e AI	N	N	N	S	24	21	-	-	365
8.54.00.491	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (EM LABORATÓRIO)	AS e AI	N	N	N	S	24	21	-	-	365
8.54.00.505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	D	N	IF	N	S	12	-	-	-	365
8.54.00.556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	D	N	IF	N	S	36	7	-	-	365
RADIOLOGIA											
8.10.00.278	FOTOGRAFIA	ASAI	N	N	N	N	24	-	-	E	180
8.10.00.294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	ASAI	N	N	N	N	12	6	-	E	180
8.10.00.308	MODELOS ORTODÔNTICOS	ASAI	N	N	N	N	24	-	-	E	180
8.10.00.324	RADIOGRAFIA ANTERO-POSTERIOR	ASAI	N	N	N	N	4	-	-	E	180
8.10.00.340	RADIOGRAFIA DA ATM	ASAI	N	N	N	N	12	-	-	E	180
8.10.00.367	RADIOGRAFIA DA MAO E PUNHO - CARPAL	-	N	N	N	N	U	-	-	E	180
8.10.00.375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING	ASAI	N	N	N	N	3	-	-	-	180
8.10.00.383	RADIOGRAFIA OCLUSAL	AS e AI	N	N	N	N	6	-	-	E	180
8.10.00.405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDIBULA / MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMIA)	ASAI	N	N	N	N	12	-	-	E	180
8.10.00.421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	D	N	N	N	N	-	2	-	-	180
8.10.00.472	TELERRADIOGRAFIA	ASAI	N	N	N	N	12	-	-	E	180
8.10.00.510	TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO - CONE BEAN	AS e AI	N	N	N	S	24	-	-	E	180
8.10.00.529	TOMOGRAMIA CONVENCIONAL - LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL	AS e AI	N	N	N	S	24	-	-	E	180
8.10.00.537	TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	ASAI	N	N	N	N	24	-	-	E	180

Obs. 1: Os procedimentos que informarem a letra “E” nas especialidades são respectivos a especialistas cadastrados com este registro na PAME.

Caso o prestador não esteja cadastrado com a especialidade em nossa Operadora, solicitamos verificar o Termo de Responsabilidade.

Obs. 2: Todas as exigências relatadas na Tabela de Procedimentos Odontológicos deverão ser cumpridas independentes das informações adicionais no ato da autorização.

Preenchimento da GTO (Guia de Tratamento Odontológico)

A GTO é o formulário padronizado pela TISS para registro dos atendimentos aos Beneficiários e poderá ser utilizada tanto para solicitação de autorização odontológica como para a cobrança dos procedimentos realizados.

A PAME dispõe de 03 modelos (moldes a seguir) de GTO para cada tipo de plano operacionalizado, sendo diferenciados pelo registro na ANS de cada empresa, já impressos no campo 1 de cada GTO e com seus devidos logotipos.

Modelo de GTO para Beneficiários do contrato Operadora EMBRATEL (Embratel - 001, Star One - 016, Telmex- 018, Primesys - 022 e TVSat - 023):

O formulário é o Guia de Tratamento Odontológico (GTO) da Embratel, com o número de identificação 123456789012. O campo 3 (Data de Nascimento do Beneficiário) está circunscrito em vermelho. Os campos 39 (Data de Procedimento) e 40 (Assinatura) também estão circunscritos em vermelho. O campo 47 (Observações) está circunscrito em vermelho. O formulário contém campos para dados pessoais, dados do profissional, dados do plano e uma tabela para registro de procedimentos.

Descrição do campo 3:

Esse campo deve ser sempre preenchido. A data não poderá ser posterior à data dos procedimentos realizados.

Descrição do campo 39 e 40:

Cada procedimento realizado deve ser geristrado na GTO, com a data e assinatura correspondentes.

Descrição do campo 47:

Este campo está reservado para informações complementares e justificativas. Caso a informação necessária ultrapasse o campo, poderá ser escrito em um receituário à parte.

Modelo de GTO para Beneficiários do contrato Operadora TELOS (Telos - 004):

O formulário é o Guia de Tratamento Odontológico (GTO) da Telos, com o número de identificação 123456789012. O campo 3 (Data de Nascimento do Beneficiário) está circunscrito em vermelho. Os campos 39 (Data de Procedimento) e 40 (Assinatura) também estão circunscritos em vermelho. O campo 47 (Observações) está circunscrito em vermelho. O formulário contém campos para dados pessoais, dados do profissional, dados do plano e uma tabela para registro de procedimentos.

Descrição do campo 3:

Esse campo deve ser sempre preenchido. A data não poderá ser posterior à data dos procedimentos realizados.

Descrição do campo 39 e 40:

Cada procedimento realizado deve ser geristrado na GTO, com a data e assinatura correspondentes.

Descrição do campo 47:

Este campo está reservado para informações complementares e justificativas. Caso a informação necessária ultrapasse o campo, poderá ser escrito em um receituário à parte.

Todos os procedimentos cobertos para autorização e realizados deverão ser registrados na GTO – Guia de Tratamento Odontológico. **Os campos que aparecem em branco são de preenchimento obrigatório e são necessários para o processamento do pagamento da GTO.**

Os campos em cinza são de preenchimento opcional.

Verifique nas GTOs acima os principais campos fundamentais para o processamento, sem os quais não será possível o pagamento.

Estão descritos abaixo apenas os campos de preenchimento obrigatório.

Campo 3 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA

Refere-se à data de preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico (GTO). Este campo deve ser sempre preenchido. A data não poderá ser posterior à data dos procedimentos realizados.

Campo 5 – SENHA

Refere-se à autorização. Esse campo deverá ser preenchido sempre que algum dos procedimentos registrados na GTO exigir autorização. No caso de serem enviados para cobrança procedimentos com autorizações diferentes, deverá ser preenchida uma GTO para cada autorização.

Campo 8 – NÚMERO DA CARTEIRA

Corresponde ao número do cartão do Beneficiário (Matrícula no Grupo EMBRATEL/TELOS).

Campo 9 – PLANO

Refere-se ao nome do plano odontológico do Beneficiário conforme descrito no cartão de identificação. Deverá constar o nome da empresa do grupo EMBRATEL/TELOS, conforme descritos abaixo no campo 10.

Campo 10 – EMPRESA

Refere-se ao nome da Empresa conforme descrito no cartão de identificação.

Empresas operacionalizadas pela PAME do Grupo EMBRATEL/TELOS:

- TELOS;
- EMBRATEL;
- STARONE;
- PRIMESYS;
- TVSAT;
- TELMEX;

Campo 13 – NOME

Refere-se ao nome do Beneficiário

Campo 20 – CÓDIGO NA OPERADORA

Refere-se ao código do Credenciado (CPF/ CNPJ)

Campo 21 – NOME DO CONTRATO EXECUTANTE

Refere-se ao nome do Credenciado, Pessoa Física ou Pessoa Jurídica.

Campo 22 – NÚMERO DO CRO

Refere-se ao número de registro do Credenciado, quando Pessoa Física ou do responsável técnico, quando Pessoa Jurídica, no Conselho Profissional.

Campo 23 – UF

Refere-se à sigla da Unidade Federativa do registro do Credenciado, quando Pessoa Física ou do responsável técnico, quando Pessoa Jurídica, no Conselho Profissional.

Campo 25 – NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

Preenchimento obrigatório quando o Credenciado for Pessoa Jurídica.

Campo 26 – NÚMERO DO CRO

Refere-se ao número de registro do profissional executante no Conselho Profissional. Preenchimento condicionado ao preenchimento do campo 25.

Campo 27 – UF

Refere-se à sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional executante. Preenchimento condicionado ao preenchimento do campo 25.

Campo 30 – CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Deve ser preenchido o código do procedimento solicitado/executado, de acordo com a Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel (TPOE). Esses procedimentos, caso necessitem de autorização prévia, deverão pertencer à autorização informada no campo 5. **Não será possível processar procedimentos liberados por autorizações diferentes.**

Campo 31 – DESCRIÇÃO

Deve ser especificado o procedimento solicitado, e esse deve ser referente ao campo 30 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO, conforme descrição da TPOE. Esse campo tem importância especial para o Beneficiário saber quais procedimentos foram realizados.

Campo 32 – DENTE/REGIÃO

Deve ser preenchida a identificação numérica do dente ou a região a que se refere o procedimento conforme a TPOE. Para procedimentos que não há dente/região, como por exemplo, a Consulta, esse campo deverá ser deixado em branco.

Campo 33 – FACE

Deve ser preenchido quando o procedimento referir-se a um DENTE, com as letras indicativas das faces envolvidas.

Campo 39 – DATA DE REALIZAÇÃO

Refere-se à data em que o procedimento foi realizado, apenas quando a GTO for utilizada para cobrança. Esse campo deve ser preenchido sempre que o procedimento for realizado. **O não preenchimento impedirá o processamento do pagamento.**

Campo 40 – ASSINATURA

Deve constar a assinatura do Beneficiário apenas quando a GTO for utilizada para cobrança, dando ciência da realização do procedimento descrito. Esse campo deverá ser assinado pelo Beneficiário **na data da realização do procedimento. O não preenchimento impedirá o processamento do pagamento.**

Importante:

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO: tem por objetivo atender o direito do Beneficiário. O Credenciado é responsável pela apresentação do plano de tratamento, alternativas, riscos e custos etc., disponibilizando-se a esclarecer ao paciente todas as dúvidas sobre o tratamento.

Campo 47 – OBSERVAÇÃO

Esse campo é destinado ao preenchimento de informações adicionais sobre o tratamento do Beneficiário, não contempladas em outros campos da Guia.

Campo 49 – DATA, LOCAL E ASSINATURA DO CIRÚRGIÃO-DENTISTA

Esse campo deverá ser preenchido ao final de todo tratamento solicitado pela GTO, quando for utilizada para cobrança de procedimentos realizados.

Campo 50 - DATA, LOCAL E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL

Esse campo deve ser preenchido e assinado pelo Beneficiário ou pelo responsável que o acompanhe, tanto na solicitação de senha quanto na cobrança.

Auditoria e Qualidade

As normas de Auditoria e Qualidade são utilizadas pela equipe técnica da PAME para acompanhar e avaliar os tratamentos realizados pela Rede Credenciada.

Quando o tratamento estiver condicionado à realização de auditoria, esta será informada juntamente com a Autorização e seus devidos formulários enviados, sendo de responsabilidade do Beneficiário a realização da mesma, devendo ser agendado conforme a lista de Auditores que irá acompanhado no envio (anexo).

Informamos que as Auditorias necessárias a determinados procedimentos devem ser efetuadas conforme solicitação, pois são de caráter imprescindível para inicialização e finalização do tratamento, sem as quais não será possível o processamento das Guias.

O Credenciado deverá alertar o Beneficiário com relação à necessidade de realização das Auditorias. Nos casos de Auditoria Inicial, o tratamento somente poderá ser iniciado após a realização e o parecer positivo do Auditor.

Modelo exemplo de Formulário de Auditoria:

Auditoria Odontológica de Qualidade

Rede Credenciada
 Livre Escolha

Empresas/Entidades coligadas, conveniadas à rede credenciada

Número
 (Nº da aut.)

Dados do Paciente
 Nome: _____
 Identificação: _____
 Telefone: (____) _____ Idade: _____

Dados do Odontólogo / Clínica
 Odontólogo / Clínica: _____
 CPF / CNPJ: _____
 Telefone: (____) _____ Especialidade: _____

Tipo de Auditoria
 Inicial Reavaliadora Intermediária Final Documental

Avaliação Objetiva
 Linhas conformes: _____ Linhas não conformes: _____
 Parecer / Codificação: _____

Avaliação Subjetiva
 Desfavorável (paciente insatisfeito) Favorável (paciente satisfeito)
 Parecer / Codificação: _____

Providência / Conclusão
 De acordo Restrição Total Restrição Parcial Ret. Nova Auditoria Correção de Códigos Risco/SAC
 Sugestões: _____

Assinaturas
 Nome do Auditor Odontológico: _____ Declaro que fui examinado pelo Auditor:
 Odontólogo / Carimbo: _____ / _____ / _____ Usuário ou Responsável

PAME - Associação de Assistência Plena em Saúde
 Av. Marçal Floriano, 99 / 5º andar - Centro
 20080-004 - Rio de Janeiro - RJ
 Tel: (21) 2121-6000 | Fax: (21) 2121-4639
 E-mail: pame@pame.com.br
 www.pame.com.br

Será editado o número da autorização que deu origem ao formulário

Será indicado o tipo de Auditoria

Área destinada para o parecer do Auditor

Não poderá faltar as devidas assinaturas, carimbo e data solicitados

Comprovação Radiográfica

Alguns procedimentos exigem comprovação radiográfica, como algumas cirurgias, próteses, endodontia, implantes, periodontia e odontopediatria. Verifique na Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel (TPOE) se há essa exigência para o procedimento que vai ser realizado.

No intuito de preservar a saúde do Beneficiário e ainda visando proporcionar um tratamento de excelência, a PAME apenas solicita radiografias de procedimentos que são de caráter imprescindível a um bom tratamento.

Em caso positivo desta solicitação, faça as radiografias, acondicionando-as juntamente com a GTO e a autorização (se for o caso). Informe o nome do Beneficiário, o código do Credenciado, a região/dente da radiografia, a data da realização e a indicação da fase do tratamento (inicial e/ou final).

As radiografias deverão apresentar contraste e fixação adequados e permitir visualização do dente/região correspondente ao procedimento. Todas as radiografias serão arquivadas com os processos de pagamento.
Caso necessite da devolução delas, segue abaixo critérios para a devolução:

DEVOLUÇÃO DE IMAGENS

A solicitação para devolução de radiografias e/ou tomografias deve obedecer aos seguintes requisitos:

1- A solicitação deve ser por escrito através da Guia de Tratamento Odontológico - GTO;

2 - O Credenciado que solicitar a devolução da radiografia, deverá se dirigir ao escritório da PAME mais próximo (vide página 9), devendo no ato assinar o termo de devolução e será responsável pela guarda da imagem.

3 – Caso o consultório do credenciado estiver fora da área em que a PAME se situa receberá a radiografia por carta registrada, devendo assinar o aviso de recebimento para comprovar a devolução/retirada e será responsável pela guarda da mesma.

4 - O Credenciado também poderá solicitar que a radiografia seja devolvida ao Beneficiário, sendo que neste caso o Beneficiário deverá se dirigir a PAME, devendo no ato assinar o termo para comprovar a devolução/retirada e será responsável pela guarda da mesma.

Obs.: As radiografias não solicitadas pelo Credenciado serão arquivadas na Operadora.

Encaminhamento para Especialistas

A EMBRATEL possui rede de credenciados nas principais especialidades da Odontologia. Você poderá ter acesso à rede de especialistas pelo Site da PAME – www.pame.com.br, acessando a página de “Rede Credenciada” ou pela Central de Atendimento 0800 721 7263.

Consulta a Rede Credenciada no Site da PAME (indicado pela seta vermelha):

The screenshot shows a web browser window displaying the PAME website. The address bar shows <http://www.pame.com.br/beneficiarios/pags/credenciados.html>. The page features the PAME logo with the tagline 'excelência em saúde'. A navigation menu on the left includes 'Quem Somos', 'Planos Médicos', 'Planos Odontológicos', 'Serviços Corporativos', and 'Rede Credenciada', with a red arrow pointing to the last item. The main content area has a 'Credenciados' header and a section titled 'Conheça os novos planos Diamante 270, Diamante 260, Rubi 530 e Safira 530.' Below this, there is a 'Médico' section with contact information and a link to a 'Tabela de correspondência - TUSS Médica.' At the bottom, there are three links for tax information: 'Acesse aqui aos dados do Imposto de Renda 2014 .', 'Acesse aqui aos dados do Imposto de Renda 2013 .', and 'Acesse aqui aos dados do Imposto de Renda 2012 .'. The browser's taskbar at the bottom shows the date as 29/12/2015 and the time as 09:56.

Será necessário selecionar o Plano do Beneficiário, Estado e Cidade (indicados pelo circulo vermelho), e clicar em “Consulta por Especialidades”:

The screenshot shows a web browser window displaying the PAME website. The page title is "PAME - Rede Credenciada - Google Chrome". The URL is "pame.rmemoria.com/pame/frmRedeCredenciada.aspx". The page features a navigation menu on the left with items: "Quem Somos", "Produtos e Serviços", "Planos Pame", "Rede Credenciada", "Guia Farmacêutico", "Dicas de Saúde", and "Fale Conosco". The main content area is titled "Encontre o Credenciado" and includes a search form with the following elements:

- A dropdown menu for "Selecione o Plano" with the selected option "< Empresas de Autogestão >".
- Two dropdown menus for "Estado" and "Cidade".
- Two buttons: "Consulta por especialidade" and "Consulta por bairro".

Below the search form, there is a message: "Prezados Usuários, Para localizar o credenciado de sua escolha siga os seguintes passos:" followed by a numbered list:

1. Selecione na barra acima seu Plano.
2. Escolha o Estado em que você está.
3. A cidade de sua preferência.

Ao abrir a tela principal, indique os filtros para busca por Especialidades e Bairro.

Em caso de erros, dúvidas ou sugestões, entre em contato conosco pelo nosso Fale Conosco ou, se preferir, pelo telefone: (21) 2121-6000.

At the bottom of the page, contact information is provided: "PAME - Associação de Assistência Plena em Saúde, Av. Marechal Floriano, nº 99, 6º andar - Centro (esquina com Av. Passos) - Rio de Janeiro/RJ - CEP: 20080-004, www.pame.com.br, pame@pame.com.br".

In the bottom left corner of the page, there is a box containing the text: "ANS - nº 34240-8".

Deverá ser escolhida a especialidade e se for de interesse, filtrar por bairro (indicados pelo circulo vermelho):

Quem Somos

Produtos e Serviços

Planos Pame

Rede Credenciada

Guia Farmacêutico

Dicas de Saúde

Fale Conosco

ANS - nº 34240-8

Ao encaminhar um Beneficiário a um especialista, recomendamos que você faça um resumo do caso, fornecendo todas as informações relevantes para o atendimento especializado. Se necessário, anexe radiografias. Se você ainda não conhece o especialista para o qual está encaminhando, um contato telefônico prévio é importante.

Lembre-se de que o Beneficiário espera da Rede Credenciada um atendimento integrado e alta qualidade na resolução de suas necessidades odontológicas.

Para o encaminhamento às Clínicas Radiológicas, deverá ser preenchido o receituário próprio com todas as informações necessárias, data, carimbo e assinatura.

Procedimentos Exclusivos de Especialistas

Esses procedimentos estão identificados na Tabela de Procedimentos com a letra “E”. A realização está restrita aos especialistas do respectivo grupo de procedimentos.

Em alguns casos, credenciados em outras especialidades poderão também realizar os procedimentos restritos a especialistas, porém, deverá ser encaminhado juntamente com a GTO para obtenção da autorização, um TERMO DE RESPONSABILIDADE para realização das especialidades não cadastradas junto a PAME.

Modelo do TERMO DE RESPONSABILIDADE:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____, matrícula: _____, tenho ciência
que o profissional: _____, cpf/cnpj _____

não está credenciado perante esta Instituição para a realização do(s) procedimento(s):



Deverão ser listados os códigos,
descrição e dente/região dos
procedimentos

mas é do meu interesse que o mesmo seja realizado por ele (a).

Deverá conter a assinatura do Beneficiário e
Credenciado

Rio De Janeiro _____ de _____ de _____.

Caso não possua este TERMO DE RESPONSABILIDADE, solicite por e-mail no seguinte endereço:
autorizacaodonto@pame.com.br

Os procedimentos não marcados na TPOE poderão ser realizados por todos os especialistas, inclusive os de Clínica Geral.

Identificação do Beneficiário

Identificação

O cartão de identificação é de uso pessoal e intransferível. Nele há informações importantes que sempre deverão ser verificadas para o atendimento correto aos Beneficiários. A apresentação do cartão é obrigatória e deve ser acompanhada do CAC (Carteira de Acesso do Credenciamento – Grupo EMBRATEL/TELOS) e o documento de identidade.

O cartão do grupo EMBRATEL/TELOS é único, devendo ser diferenciado na apresentação do CAC.



CAC (Carteira de Acesso ao Credenciamento): O código do dependente é igual do titular com exceção nos últimos dois dígitos conforme descrito no verso. Os 3 primeiros dígitos identifica a Operadora para o preenchimento correto da GTO.

CÓDIGO	EMPRESA	OPERADORA
001	EMBRATEL	EMBRATEL
016	STAR ONE	EMBRATEL
023	TVSAT	EMBRATEL
022	PRIMESYS	EMBRATEL
018	TELMEX	EMBRATEL
004	TELOS	TELOS

CAC - EMBRATEL – Empresa Brasileira de Telecomunicações S.A. - Registrada na ANS sob o número 320587-7:

FRENTE

VERSO

<p>Grupo Embratel</p> <p>Assistência Médica / Odontológica</p> <p>WALDER CAPACCIA FIORI Empresa: EMBRATEL Id: 001-179677 CPF: 56962266715</p> <p>Válido até 07/06/2011 com documento de identificação ANS 32058-7</p>	<p>Carteira de Acesso ao Credenciamento</p>	<p>Cod. Beneficiário</p> <p>00 WALDER CAPACCIA FIORI</p>	<p>Data Nasc.</p> <p>03/05/1960</p>
	<p>www.pame.com.br</p>		

CAC - TELOS – Fundação Embratel da Seguridade Social - Registrada na ANS sob o número 31684-9:

FRENTE

VERSO

<p>TELOS</p> <p>Cartão de Acesso ao Credenciado</p> <p>TELOS - Fundação Embratel de Seguridade Social ANS 31684-9</p> <p>Nome do Empregado PATRICIA BOEHME ROUSSELET</p> <p>ID Empregado: 04-003501 Lotação: TELOS CPF: 78339235753</p> <p>Válido até Fevereiro/2008 com documento de identificação</p>	<p>Cód.</p> <p>001 002 003</p>	<p>Nome do Beneficiário</p> <p>EDISON DA SILVA ROUSSELET FILHO BRUNA BOEHME ROUSSELET ANDRÉ BOEHME ROUSSELET</p>	<p>Dt. Nasc.</p> <p>3/5/1958 17/3/1990 7/12/1988</p>

FRENTE

VERSO

Carência Contratual (Admissão)

Na ocasião do atendimento, o Beneficiário poderá apresentar carência contratual para alguns procedimentos. Quando ocorrer, será informado através do e-mail cadastrado junto a PAME. **Não há carência para Consultas e atendimentos de *Urgência.**

***Os casos de Urgência deverão se restringir aos listados no grupo de procedimentos da Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel (TPOE) descritos como Urgência, devendo ser cobrado como consulta de urgência e no campo observação conter o relato do procedimento executado.**

As especialidades de Estomatologia e Prevenção não possuem carência contratual. Já as demais especialidades estão condicionadas ao período:

- Cirurgia/Dentística/Periodontia/Endodontia/Odontopediatria/Exames de Imagem: **carência de 180 dias (6 meses);**
- Ortodontia/Prótese/Implante: **carência de 365 dias (12 meses).**

Coparticipação do Beneficiário

O plano oferecido pelo grupo EMBRATEL/TELOS **inclui a coparticipação financeira do Beneficiário com um percentual de 20%** sobre o valor dos procedimentos realizados. Em geral, a coparticipação é descontada na folha de pagamento do Beneficiário, indicando o valor da participação em reais referente ao plano Odontológico utilizado.

Caso tenha alguma dúvida, visualize a tabela de planos e coberturas abaixo ou consulte a Central de Atendimento.

Coberturas

Todos os procedimentos relacionados na Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel (TPOE) estão cobertos pelo plano.

Obs.: Ver tabela acima.

Pagamento dos Serviços Prestados

Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel (TPOE)

A TPOE relaciona todos os procedimentos odontológicos, que estão cobertos em nossos planos e orientações operacionais como a necessidade de autorizações, radiografias, auditorias, prazo de garantia, entre outros.

A TPOE é a base para o pagamento de todos os procedimentos odontológicos realizados pela Rede Credenciada do Grupo Embratel.

Entrega e Processamento de Documentos

As guias autorizadas relativas aos atendimentos efetuados e concluídos no mês devem ser entregues à PAME, do 1º ao 5º dia útil de cada mês para recebimento no dia 15 do mês seguinte.

Observe a forma correta de preenchimento da GTO e que as autorizações estejam anexadas às guias. Não deixe campos de informação cadastrais em branco.

O prazo para envio das GTOs é de, no máximo, 90 dias corridos a partir da data da última realização do procedimento, juntamente com a autorização (senha) gerada se for o caso. Após esse período, o documento será invalidado automaticamente, sem possibilidade de se processar o pagamento.

As Clínicas Radiológicas deverão anexar, na GTO, o receituário de solicitação de Exames Radiológicos emitido pelo Cirurgião Dentista que solicitou o exame, justificando sua realização e a Autorização gerada se for o caso.

Importante:

Não há necessidade de aguardar a realização de todos os procedimentos para o envio da GTO. A cobrança poderá ser feita, à medida que o tratamento evolui, **em GTOs separadas, juntamente com a autorização concedida pela PAME** (todos os procedimentos realizados até o momento, deverão estar devidamente assinados e datados pelo beneficiário), até a conclusão total do tratamento, antecipando o recebimento dos procedimentos já realizados. Caso não tenham sido realizados todos os procedimentos autorizados, deve-se solicitar o cancelamento dos não realizados e nova autorização para os mesmos.

O envio da GTO poderá ocorrer até 90 dias corridos da data de realização do último procedimento efetuado, porém, os procedimentos devem ser realizados dentro do prazo de validade da Autorização – Após esse prazo, os pagamentos não poderão ser processados.

Ficha de Lote

A PAME dispõe de um sistema automatizado com tecnologia que permite agilizar os pagamentos dos serviços realizados. Para que você possa usufruir desse benefício, é importante que observe com atenção todas as orientações sobre o envio dos documentos.

Para facilitar a entrega dos documentos odontológicos, no Site da PAME está disponível o documento denominado de “Capa Lote”, sendo um total de 3 modelos para cada empresa operacionalizada pela PAME. Em cada Capa Lote devem ser registrados a quantidade e o valor total acumulado nas GTOs que a compõem, não podendo exceder o total de 20 GTOs por capa.

Obs.: Caso queira colocar um número maior que 20 GTOs, inserir em um envelope, grampeando a Capa Lote pelo lado de fora.

Os documentos odontológicos e radiografias enviadas por cada Capa Lote deverão estar bem acondicionados e entregues em nossa Sede da PAME. Podendo ser enviadas por Correio, dentro de envelopes lacrados.

Endereço para Correspondência

PAME Associação de Assistência Plena em Saúde
Av. Presidente Vargas, 463 – 21º andar / Centro
CEP: 20080-004 – Rio de Janeiro – RJ
ANS – Nº 34240-8
Fax: (021) 2121 – 4639

Modelo de Capa Lote para Beneficiários do contrato Operadora EMBRATEL(Embratel - 001, StarOne - 016, Telmex- 018, TvSat- 023, Primesys- 022):

Remessa de Atendimento Médicos / Odontológicos



<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Odontológico	Mês / Ano Referência
---------------------------------	---------------------------------------	----------------------

Credenciado	Quantidade
Nome	
CNPJ	Valor
CPF	

Obs.: Não esquecer de preencher todos os campos solicitados, pois é de suma importância para o processamento eficaz de cada pagamento por serviço prestado.

Assinaturas	
Credenciado	PAME
/ / Data	/ / Data de Recebimento
Carimbo / Assinatura	Carimbo / Assinatura

Ref.: CT-PAME/003/2011

ANS - nº 34240-8

Acondicionamento de Radiografias

As radiografias deverão estar reveladas e fixadas adequadamente. Elas devem ser acondicionadas com a identificação completa, permitindo que sua análise e pagamento sejam feitos de forma ágil.

Radiografias mal reveladas ou sem condições de análise serão devolvidas e o pagamento dos procedimentos não poderá ser processado.

Prazo de Pagamento

Cada documento processado será pago no dia 15 do mês subsequente ao de entrega das faturas. Caso essa data não seja dia útil, o pagamento será antecipado para o dia útil anterior. Procure seguir as orientações e regras no Manual, para que você possa receber os pagamentos com maior agilidade.

Demonstrativo de Pagamento

Você poderá consultar o seu Demonstrativo de Pagamento (extrato) no formato eletrônico ou imprimir do Site da PAME na Área do Credenciado na internet.

No extrato, você poderá ver detalhados os documentos processados, com as seguintes informações: nome do Beneficiário, procedimentos realizados e valores liberados para pagamento. Utilize o extrato para conferir o processamento dos documentos enviados. Caso algum pagamento não tenha sido liberado, o valor aparecerá “zerado” com os comentários da análise técnica no “Motivo Glosa”, representado pela figura .

Demonstrativo de pagamento por vencimento de pagamento:

Associados • Beneficiários | Credenciados | TISS/TUSS | Trabalhe na Pame

pame excelência em saúde

Quem Somos

Produtos e Serviços

Planos Pame

Rede Credenciada

Guia Farmacêutico

Dicas de Saúde

Fale Conosco

Demonstrativo de Pagamento

Nome CONSULTORIO DENTARIO RONALD CARBALLO LTDA - CROI

CPF/CNPJ 27509694000143

Email croi@croi.com.br | [Alterar](#)

Credenciado desde 01/01/1998

Serviços Disponíveis

Home Consulta Demonstrativo Consulta Beneficiário Autorização Prévia - Médica Web Service www.orizonbrasil.com.br Logout

Selecione a fatura Vencimento : 15/05/2012 | Fonte : PAME | Número : 4362614

[Visualizar](#)

OBS: A solicitação de glosas é de até 60(sessenta) dias após a data do pagamento. Acima deste prazo, as glosas serão consideradas aceitas pelo Prestador.

PAME - Associação de Assistência Plena em Saúde
Av. Marechal Floriano, nº 99, 6º andar - Centro (esquina com Av. Passos)

ANS - nº 34240-8

Demonstrativo de pagamento detalhado (com tributos):

Associados • Beneficiários | Credenciados | TISS/TUSS | Trabalhe na Pame

Temos uma novidade para você...

pame CONSULTORIO DENTARIO RONALD CARBALLO LTDA - CROI

CPF/CNPJ 27509694000143
Insc. Inss

:: Dados da Fatura

Fatura 4362614 Natureza DEBITO Data Vencimento 15/05/2012
 Fonte Pagadora 01591800000197 - Pame S/C Planos de Assist`ncia M,dica

Base ISS	0,00	Valor ISS	0,00
Base INSS	0,00	Valor INSS	0,00
Base CSLL	R\$ 3.617,00	Valor CSLL	0,00
Base COFINS	R\$ 3.617,00	Valor COFINS	0,00
Base PIS	R\$ 3.617,00	Valor PIS	0,00
Base IRRF	R\$ 3.617,00	Valor IRRF	R\$ 54,26
		Valor Bruto	R\$ 3.617,00
		Valor Líq.	R\$ 3.562,74

:: Lista de Eventos

Guia	Dt. Atend.	Recebedor	Executor	Total	Qtde Glosada	Valor Glosad
1	21/03/2012	CONSULTORIO DENTARIO RONALD CARBALLO LTDA - CROI	CONSULTORIO DENTARIO RONALD CARBALLO LTDA - CROI	R\$ 46,00		R\$

Beneficiário	Evento	Grau	Qtd	Valor Pago	Qtde Glosada	Valor Glosado	Motivo C
MARILENE TORRES REIS DA COSTA	EXODONTIA SIMPLES(PERMANENTE)	17 - DENTE 17	1	R\$ 38,00	0	R\$ 0,00	

ANS - nº 34240-8

Recurso de Glosa (Revisão):

Caso alguma GTO enviada para processamento tenha o seu pagamento negado (glosa), há a possibilidade de solicitar a revisão uma única vez para cada GTO no **prazo máximo de até 60 dias** após a data de liberação do documento, conforme informado no extrato do Credenciado.

Os pedidos de revisão deverão ser enviados exclusivamente pelo formulário de “Pedido de Revisão de Glosa”, disponível para download na Área do Credenciado.

Quem Somos

Produtos e Serviços

Planos Pame

Rede Credenciada

Guia Farmacêutico

Dicas de Saúde

Fale Conosco

PAME - Home Credenciado - Google Chrome
pame.rmemoria.com/portal/fmHomePrestador.aspx

Nome CONSULTORIO DENTARIO RONALD CARBALLO LTDA - CROI
CPF/CNPJ 27509694000143
Email croi@croi.com.br | [Alterar](#)
Credenciado desde 01/01/1998

Serviços Disponíveis

Home Consulta Demonstrativo Consulta Beneficiário Autorização Prévia Médica Web Service www.orizonbrasil.com.br Logout

Mensagem

Prezado Credenciado,

Formulário para pedido de Recurso de Glosa(odonto), clicando [AQUI](#).

Formulário para pedido de Recurso de Glosa(médica), clicando [AQUI](#).

Acesse o Comunicado da Nova Gerencia da PAME, clicando [AQUI](#) Link para download

Acesse o Comunicado para devolução de radiografias, clicando [AQUI](#) Link para download

Link para download, clicando [Tabela de correspondencia](#) - TUSS Médica

Link para download, [Comunicado Entrega de Faturas](#) - Médicas e Odonto

ANS - nº 34240-8

Modelo do Pedido de Revisão de Glosa:

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE REVISÃO DE GLOSA

SETOR DE AUDITORIA				MÊS DE REFERÊNCIA:	
REVISÃO DE GLOSA		recurso_glosaodontologica@pame.com.br		/20	
DATA DO PEDIDO DE REVISÃO		/ /			
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS					
PRESTADOR		CPF / CNPJ		PESSOA DE CONTATO	TELEFONE
Nº DA AUTORIZAÇÃO	DATA DO ATENDIMENTO	MATRÍCULA DO PACIENTE	NOME DO PACIENTE	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	Nº DO DENTE OU REGIÃO
					VALOR DO RECURSO
					JUSTIFICATIVA

O PRAZO MÁXIMO PARA REVISÃO DE GLOSAS É DE 60 (SESSENTA) DIAS APÓS A DATA DO PAGAMENTO. ACIMA DESTES PRAZOS SERÃO CONSIDERADAS ACEITAS PELO CREDENCIADO É IMPRESCINDÍVEL O ENVIO DAS CÓPIAS DAS FATURAS PARA RUA MARECHAL FLORIANO 99/ 6º ANDAR CENTRO - RJ- RIO DE JANEIRO. EXCETO REGIÃO DE SÃO PAULO, ENCAMINHAR PARA RUA DOS INGLESES 600/ TÉRREO - BELA VISTA - SP - SÃO PAULO.

O formulário “Pedido de Revisão de Glosa” deverá ser preenchido e enviado com a Capa Lote. O Credenciado deve enviá-lo, separado das demais GTOs para cobrança e entregar na Sede PAME no mesmo período das entregas das faturas (1º ao 5º dia **útil** de cada mês).

O resultado da revisão poderá ser visualizado no próximo Extrato de Pagamento no Site da PAME na Área do Credenciado. Em caso de dúvida, enviar e-mail para o endereço atendimento_dental@pame.com.br

Prazo e Garantia

Corresponde ao período, em meses, a partir da data da realização de um procedimento, no mesmo dente ou região, cuja reexecução será de responsabilidade do Credenciado que o realizou.

Em situações especiais, a PAME poderá analisar a viabilidade de liberar a reexecução antes do prazo de garantia, mediante a apresentação de uma justificativa clínica válida pelo Credenciado que deverá consultar via e-mail (atendimento_dental@pame.com.br) para orientações específicas de como proceder.

Os procedimentos identificados na Tabela de Planos e Coberturas com a letra “U” – prazo de garantia único – podem ser realizados uma única vez durante todo o período de permanência do Beneficiário no plano.

Esses prazos são de ciência do Beneficiário e das empresas em questão, pois constam no Manual do Beneficiário e nas Condições Gerais do Beneficiário.

Idades Mínima e Máxima

Estão informadas na Tabela de Planos e Coberturas e seus limites corroboram com a ciência Odontológica na prática da realização de tais procedimentos. Casos excepcionais estarão sujeitos à análise técnica e poderão ser justificados no campo 47 “observação” da GTO ou na solicitação de revisão de glosa.

Normas Específicas de cada Especialidade

As regras dos procedimentos de cada especialidade estão na Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel (TPOE).

Consultas

A consulta odontológica e/ou consulta odontológica inicial destina-se ao exame clínico do beneficiário com finalidade de diagnóstico, preenchimentos de fichas e planos de tratamento.

A consulta odontológica inicial só poderá ser cobrada na quantidade de 01 (uma) no período de 04 (quatro) meses por paciente, desde que não ocorram tratamentos com o mesmo profissional/clínica neste período. Não é paga concomitantemente com o código 81.000.030 (Consulta de Ortodontia e Estomatologia).

A consulta Odontológica só poderá ser cobrada na quantidade de 01 (uma) no período de 06 (seis) meses por paciente, desde que não ocorram tratamentos com o mesmo profissional/clínica neste período. Não é paga concomitantemente com o código 81.000.065 (Consulta Odontológica Inicial).

As consultas não poderão ser cobradas junto com a Consulta de Urgência (código 81.000.049) ou com o Condicionamento em Odontologia (código 8.10.00.014)

Urgência

Considera-se atendimento de urgência, aquele que não constitua passo intermediário de tratamento eletivo iniciado pelo próprio dentista.

Consulta Odontológica de Urgência – realizados em clínicas e consultórios eletivos.

Consulta odontológica de Urgência 24 h – realizados em Pronto Socorro Odontológico 24 h.

Estão incluídos todos os procedimentos para a execução do atendimento. Não poderão ser cobrados códigos associados, exceto radiografia de diagnóstico.

Os procedimentos acima descritos na TPOE como URGÊNCIA serão utilizados no faturamento com os códigos de Atendimento de Urgência, não podendo estes ser cobrados separadamente, e não requerem autorização, bastando apenas a justificativa do procedimento efetuado no campo de Observação da GTO.

Prevenção

Os procedimentos de prevenção visam manter a saúde bucal do Beneficiário, reduzindo a necessidade de procedimentos restauradores.

A profilaxia já está incluída nos procedimentos de Raspagem e não poderá ser cobrada adicionalmente.

Ressaltamos que a Aplicação de Flúor é restrita a idade de 15 anos (vide TPOE).

Dentística

A PAME adota a base da ANS para a denominação das restaurações, independente do tipo de material utilizado:

- Restaurações de 01 face
- Restaurações de 02 faces
- Restaurações de 03 faces
- Restaurações de 04 faces ou mais:

As faces são utilizadas com as seguintes nomenclaturas. O, V, L, P, I, M, D.

Os valores da Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel (TPOE) para os procedimentos de Dentística já incluem todas as etapas da restauração como preparo, matriz, forramento, aplicação do material restaurador, acabamento, polimento e ajuste oclusal.

Não será admitida nenhuma cobrança adicional aos Beneficiários por qualquer manobra, diferenciação de técnica ou tipo de material restaurador.

A faceta em Resina está restrita aos dentes anteriores e pré-molares, com restaurações extensas já existentes nas faces interproximais, ou em dentes com tratamento endodôntico e alteração de cor.

Restaurações de Ionômero de Vidro destinam-se para dentes decíduos e permanentes e são geralmente recomendadas para crianças de até 13 anos. Se utilizadas como forramento, já estão incluídas no valor do procedimento restaurador.

Cirurgia

Os valores acordados para todos os procedimentos de Cirurgia incluem os custos com as manobras cirúrgicas necessárias para o procedimento, como incisão, retalho, anestesia, pós-operatório, bem como todos os medicamentos e materiais descartáveis utilizados.

Observe na Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel (TPOE), os procedimentos que exigem autorização e/ou envio de radiografias e auditorias iniciais e finais.

Quando um ato cirúrgico for parte de outro, remunerar-se-á, não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

Caso o beneficiário seja encaminhado à auditoria, deve apresentar ao auditor as eventuais radiografias referentes ao procedimento a realizar/realizado.

Solicitamos que no ato do envio das faturas sejam anexadas as radiografias e auditorias conforme solicitado na TPOE.

Endodontia

Os procedimentos referentes a Endodontia devem ter indicação e exigem a apresentação de radiografias inicial e final. A radiografia apresentada à empresa deve estar bem processada e acartonada com identificação da região, paciente, data e se início ou final do tratamento (casos opostos serão glosados).

Orientamos que a radiografia inicial seja tomada antes do acesso à câmara pulpar e a radiografia final deve ser realizada após a execução de todos os passos clínicos, ou seja, após o corte e a condensação dos cones.

Conduitos sobre obturados (extravasamento de cone de guta percha) serão remunerados somente após a correção do procedimento. Excesso de material obturador será aceito mediante a 02 mm de extravasamento.

Conduitos sub-obturados respeita-se o limite apical da obturação de no máximo 02 mm aquém ao ápice, desde que não haja lesão periapical.

Clareamento de dente desvitalizado é permitido apenas para os dentes anteriores e requerem comprovação radiográfica.

Situações excepcionais serão avaliadas caso a caso segundo a justificativa do profissional.

Caso o beneficiário seja encaminhado à auditoria, deve apresentar ao auditor as eventuais radiografias referentes ao procedimento a realizar/realizado.

A quantidade necessária de radiografias periapicais para o tratamento endodôntico deve ser descrita uma a uma na GTO para pedido de autorização e processamento.

Odontopediatria

O condicionamento em Odontologia é limitado a três consultas com intervalo mínimo de sete dias e destina-se a crianças até a idade de 13 anos com dificuldade no atendimento odontológico e pacientes especiais.

A idade mínima para os procedimentos de Odontopediatria é de 2 (dois) anos e máxima de 15 (quinze) anos.

Os selantes estão restritos à idade máxima de 13 (treze) anos.

Situações excepcionais serão avaliadas caso a caso segundo a justificativa do profissional.

Periodontia

A critério da PAME, alguns procedimentos de Periodontia exigem a guia de situação inicial (Periograma).

É recomendável que, no exame clínico sempre seja realizada a sondagem do sulco gengival. Caso sejam encontradas bolsas em qualquer região, deverão ser registradas em Periograma indicando também grau de mobilidade, envolvimento de furca, presença e tipo de sangramento.

As raspagens subgengivais serão liberadas em situações que apresentarem bolsa a partir de 04 mm.

Para alguns procedimentos será necessário o envio de radiografias. Consulte TPOE.

Prótese

Já estão incluídas no procedimento de prótese todas as manobras e materiais envolvidos na confecção destes procedimentos, bem como materiais de moldagem e preparo e os custos do laboratório de prótese.

No planejamento de prótese, inclua sempre todos os procedimentos: provisórios, núcleos e definitivos.

Os procedimentos de prótese possuem algumas exigências para processamento, como radiografia inicial e final, auditoria inicial e final, justificativa técnica e/ou podem necessitar todas as situações. Verificar TPOE.

Próteses fixas ou próteses sobre implante necessitam auditoria inicial e final, junto à radiografia inicial e final.

Para confecção das próteses fixas se faz necessário que o elemento dentário possua o remanescente radicular com suporte ósseo suficiente (mínimo de 2/3 da raiz implantada no tecido ósseo); o beneficiário possuir boa condição de saúde e higiene bucal; haver ausência de espessamento do ligamento periodontal, reabsorções ósseas periodontais (horizontais ou verticais) e mobilidade e o elemento dentário apresentar um tratamento endodôntico adequadamente realizado.

A prótese adesiva destina-se a no máximo de três elementos, porém o elemento dentário envolvido não deve incidir carga mastigatória excessiva ou contatos prematuros que possam implicar queda da peça.

A indicação do tipo e material do núcleo é de livre escolha do Credenciado, podendo ser de preenchimento, metálico fundido, pré-fabricado ou de fibra de vidro. Na confecção do núcleo, observar que o remanescente radicular deve haver suporte ósseo suficiente (mínimo de 2/3 da raiz implantada no tecido ósseo), o eixo de inserção deve estar alinhado ao conduto radicular, sem desvios, haver ausência de lesões periapicais, deve haver a inserção de pelo menos 1/2 do comprimento da raiz, os elementos dentários devem apresentar canais tratados, com boa condensação (sem espaços vazios) e limite apical adequado e haver a ausência de problemas periodontais e de mobilidade.

É recomendável o envio para faturamento do pino intraradicular previamente à confecção da peça protética definitiva para que, em caso de glosa técnica, não haja comprometimento de todo o tratamento executado e prejuízo para o Credenciado.

IMPORTANTE: Os planejamentos de próteses que estejam em desacordo com os critérios acima ou que possam apresentar risco de insucesso, serão de responsabilidade exclusiva do Credenciado e do Beneficiário, podendo não ser liberados pela análise técnica da PAME.

OBS: Não serão mais aceitos procedimentos cobrados por analogia. Também informamos que incluímos no Rol de procedimentos cobertos as restaurações estéticas e coroas de metalo-cerâmica nos elementos dentais 2º e 3º molares, porém com os valores praticados anteriormente. Converse com seu Beneficiário a respeito.

Prazo de Garantia de Prótese

Todos os procedimentos de prótese definitiva deverão ser garantidos pelos Credenciados que realizam o serviço pelo prazo. Havendo necessidade de repetição em período inferior ao constante na garantia, a responsabilidade será do profissional que realizou o procedimento. Na impossibilidade de se repetir o serviço com o mesmo Credenciado, os valores já pagos deverão ser devolvidos à PAME.

Se houver justificativa para repetição da prótese dentro do prazo de garantia, o Credenciado poderá solicitar Revisão de Glosa na Autorização.

Casos excepcionais serão avaliados por nossa equipe técnica e deverão ser justificados através de e-mail: atendimento_dental@pame.com.br

Radiologia

Todos os procedimentos de Radiologia deverão ser realizados apenas com indicação técnica.

Informamos as Clínicas Radiológicas de que os procedimentos que não requerem autorização poderão ser realizados pelos Beneficiários e cobrados diretamente a PAME independente do prazo intervalar.

Para o encaminhamento às Clínicas Radiológicas, deverá ser preenchido o receituário com todas as informações necessárias, data, carimbo e assinatura.

Solicitamos que tal pedido seja preenchido de próprio punho em receituário de profissional solicitante.

Solicitamos que nos envie o encaminhamento do profissional solicitante do pedido junto a GTO para processamento.

O Levantamento Radiográfico inclui 14 radiografias periapicais e esse exame só poderá ser liberado conjuntamente com a Radiografia Panorâmica mediante apresentação de justificativa do Credenciado solicitante.

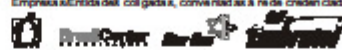
Solicitamos que o Credenciado realize o detalhamento do pedido “Documentação Ortodôntica”, relatando sua necessidade, como exemplo: Modelos Ortodônticos, Fotografia, Análise Cefalométrica, entre outros.

Ortodontia

Toda autorização da primeira Parcela da Manutenção do Tratamento correspondente (em GTO - Guia de Tratamento Odontológico) a ser utilizado, deverá ser acompanhada de um LOS (Laudo Ortodôntico Simplificado), constando as seguintes informações conforme modelo de LOS abaixo:



**LOS - Laudo Ortodôntico Simplificado
para Solicitação de Benefício**



1 Dados do Paciente	Identificação	2 Idade
3 DIAGNÓSTICO		Ortodontia
Tipo de Má-oclusão: _____ Relação entre os arcos: _____ Hábitos: _____ Perfil: _____		<input type="checkbox"/> Preventiva <input type="checkbox"/> Interceptativa <input type="checkbox"/> Corretiva
4 APARATOLOGIA PROPOSTA		
Etapas do Tratamento (Aparelhos utilizados e suas finalidades)		
Tempo provável de duração do tratamento: _____		
5 PROGNÓSTICO		
6 OUTRAS OBSERVAÇÕES NECESSÁRIAS		
7 HONORÁRIOS		
8 INFORMAÇÕES DO ODONTÓLOGO EXECUTANTE		
Nome: _____ C.R.O.: _____		
É especialista em Ortodontia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<small>(Esta informação não é impedidora para a realização do tratamento, tendo apenas a finalidade estatística)</small>		
9 ATENÇÃO		
1) anexar orçamento e recibo 2) anexar para análise da auditoria toda a documentação ortodôntica obrigatória 3) todos os campos devem estar devidamente preenchidos e sem rasuras para análise da solicitação		
9 ASSINATURAS		
De acordo com a análise do laudo e documentação, Solicito análise do laudo e da documentação anexa para auxílio e cobertura das despesas acima conforme as normas internas da empresa e legislação vigentes. Os usuários das empresas EMBRATEL, TELOS, BrasiCenter e Star One estão cientes que a parcela de participação a que estão sujeitos, será descontada em folha de pagamento.		
_____ Odontólogo / Carimbo	_____/_____/_____ Data	_____ Usuário

ANS - nº 34240-8

Obs.: É de suma importância o envio do LOS, juntamente com a GTO para obtenção da autorização da 1ª Manutenção do Tratamento Ortodôntico.

Módulo Interceptativo – refere-se a tratamentos ortopédicos e/ou interceptativos.

Módulo Corretivo – refere-se a correção, alinhamento e posicionamento correto dos elementos dentários.

A partir da data de 01/02/2013 não haverá mais a cobrança da aparelhagem ortodôntica. Todo o valor cobrado anteriormente pela aparelhagem foi incorporado no valor das manutenções das fases interceptativas e/ou corretivas.

A cobrança das mensalidades refere-se a qualquer tipo de aparelhagem instalada, ou seja, o Profissional e o Beneficiário podem realizar a escolha da utilização do aparelho convencional, estético ou lingual ou o aparelho mais adequado ao tratamento.

Os módulos não poderão ser utilizados simultaneamente, é necessária a finalização de um módulo para posterior início de outro.

Informamos que o procedimento “MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO FIXO” refere-se aos tratamentos da fase corretiva, enquanto os procedimentos “MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO ORTOPÉDICO” e “MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO REMOVÍVEL” referem-se à fase interceptativa devendo os mesmos ser cobrados como tal.

Na especialidade de Ortodontia se faz necessária a auditoria inicial, instalação e final.

Casos não finalizados no prazo intercalar poderão ter solicitada a prorrogação, o que requer uma auditoria intermediária ou reavaliadora.

Há limite de utilização para procedimentos de Ortodontia (Ver TPOE).

O Beneficiário terá direito à cobertura das Mensalidades (Manutenção), Documentação Ortodôntica e a Contenção.

Períodos máximos por fase referente às manutenções:

- Fase Interceptativa – Máximo de 12 manutenções mensais, podendo ser prorrogada por mais 6 meses;
- Fase Corretiva – Máximo de 24 manutenções mensais, podendo ser prorrogada por mais 6 meses.

Caso seu tratamento ortodôntico possua a complexidade de realizar uma cirurgia ortognática, informamos que será disponibilizado após tal cirurgia um novo tratamento ortodôntico compreendendo mais 12 manutenções. E, neste caso, não haverá o período de prorrogações.

Importante:

- ✓ Caso tenha alguma dúvida, visualize a Tabela de Procedimentos Odontológicos Embratel (TPOE) ou consulte a Central de Atendimento.
- ✓ Os reparos e danos causados na aparelhagem ortodôntica são de responsabilidade exclusiva do Credenciado e do Beneficiário.

Implantodontia

Os valores acordados para todos os procedimentos de Cirurgia (implante/ módulo cirúrgico) incluem os custos com as manobras cirúrgicas necessárias para o procedimento, como incisão, retalho, anestesia, pós operatório, cicatrizador, bem como todos os medicamentos e materiais descartáveis utilizados.

Já estão incluídas no procedimento de implante as manobras e materiais envolvidos na confecção destes procedimentos, bem como materiais de moldagem e preparo e os custos do laboratório de prótese.

Os procedimentos de implante requerem auditorias e radiografias. Verificar TPOE.

Estomatologia

Para diagnóstico das lesões dentro e fora da cavidade bucal, o profissional deve verificar o procedimento mais pertinente à situação do paciente, podendo tratá-las ou encaminhá-las ao profissional responsável ou ao laboratório para análise da peça cirúrgica.

A Consulta de acompanhamento desta especialidade é limitada a duas no período de 12 meses.

Cancelamento do Beneficiário

A partir do cancelamento, cessa a cobertura para realização dos procedimentos e o pagamento do tratamento deverá ser efetuado pelo Beneficiário diretamente ao Credenciado. Procedimentos já autorizados serão processados dentro do prazo da autorização com a cobrança dentro do limite de 90 dias.