Caixa de Assistência Oswaldo Cruz

Manual do credenciado
Assistência odontológica

Foto: Ben Earwicker - Garrison Photography, Boise, ID - www.garrisonphoto.org

Edição junho 2016

FioSaúde

ANS - nº 41754-8

Prezado Credenciado,

Hoje, no conceito de saúde, a promoção da qualidade de vida está em lugar destacado para o nosso beneficiário, e a **FIOSAÚDE** prima por parcerias sólidas para o avanço e melhoria contínua da assistência à saúde bucal.

Buscamos também condições de interação para que você tenha satisfação em fazer parte da nossa equipe, adquirindo o conhecimento necessário sobre o nosso sistema.

Elaboramos o *Manual do Credenciado Odontológico* de forma a orientar e facilitar seus serviços, fazendo com que a comunicação com a **FIOSAÚDE** flua e forneça o apoio necessário para a realização de um trabalho seguro e confiável.

Sua colaboração e sua atenção quanto aos procedimentos dispostos neste manual são imprescindíveis para a credibilidade de todo o sistema junto aos nossos beneficiários.

Atenciosamente

Gerência Odontológica / **FIOSAÚDE**

I - **APRESENTAÇÃO**

Este Manual contém as normas, as especificações e diretrizes adotadas pela FioSaúde.

A FioSaúde - Caixa de Assistência Oswaldo Cruz - é a entidade administradora dos planos que oferecem cobertura odontológica. Qualquer informação adicional poderá ser obtida diretamente na Central de Atendimento ou por e-mail odontologia@fiosaude.org.br

A FioSaúde conta ainda com o apoio operacional em autorização de procedimentos e assessoria técnico-científica de Auditoria Odontológica especialmente contratada para este fim.

O plano é fornecido em regime de credenciamento, tendo como objetivo principal oferecer assistência odontológica de excelência, visando contribuir para a qualidade de vida e melhoria do bem-estar físico, mental e social dos seus beneficiários, por meio de ações preventivas e/ou curativas nos diversos níveis de aplicação.

Com o objetivo de tornar o processo mais eficiente, recomendamos a leitura completa de todos os itens deste manual, que permitem ao profissional conhecer os critérios normativos adotados nos programas ou planos de prevenção e assistência odontológica.

II - REDE CREDENCIADA

O credenciamento é válido a partir da data da formalização do contrato de prestação de serviços entre a FioSaúde e o profissional ou instituição credenciada. Desta forma, só poderão ser prestados serviços aos beneficiários dos planos Essencial, Clássico, Executivo Especial, Família I, Família II e Família III, após a celebração do referido contrato.

O prestador é cadastrado no sistema informatizado da rede de assistência médica da FioSaúde, sendo seu código de identificação o seu próprio CPF (pessoas físicas) ou CNPJ (pessoas jurídicas).

Os prestadores são incluídos na “Relação da Rede Credenciada”, que contém seus dados profissionais (nome, endereços, telefones e especialidades) e que é distribuída a todos os beneficiários do plano e também disponível na nossa página da Internet.

Os credenciados somente poderão atender dentro da(s) especialidade(s) para a(s) qual(is) foram cadastrados. Esta informação consta no contrato de prestação de serviços formalizado entre a FioSaúde e o profissional ou instituição credenciada.

A prestação de serviços odontológicos, através do Regime de Credenciamento (Escolha-Dirigida) não implicará, em hipótese alguma, o estabelecimento de vínculo empregatício ou de qualquer outra natureza entre o Credenciado e a FioSaúde.

Esta forma de parceria da FioSaúde com seus Cirurgiões Dentistas credenciados visa a melhoria contínua, atendendo clinicamente às necessidades e expectativas dos beneficiários, promovendo a saúde como um todo e levando a uma nova condição de saúde bucal, após a conclusão do tratamento.

É do conhecimento de todos que o planejamento é fundamental, sendo que as prioridades devem estar vinculadas ao diagnóstico e baseadas em evidências científicas, dando assim ciência ao beneficiário sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento.

Isso constitui um exemplo que reflete apenas um entre os vários aspectos que devem estar incorporados à conduta de cada profissional. Lembramos que as necessidades e expectativas, dentro do contexto odontológico, são altamente mutáveis devido às características individuais e exclusivas de cada beneficiário.

Identificá-las e monitorá-las é de vital importância para o sucesso do trabalho a ser desenvolvido.

As dúvidas ou anormalidades referentes ao funcionamento do sistema deverão ser esclarecidas com o setor de Odontologia da FioSaúde, sem intermediação dos beneficiários, conforme definido no contrato de credenciamento.

II.1 - ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO E DIVULGAÇÃO DE ESPECIALIDADE

- ALTERAÇÃO DE INFORMAÇÕES PESSOAIS

O Credenciado deve manter os dados e informações cadastrais permanentemente atualizados, de modo a **facilitar a sua identificação pelos usuários e o correto processamento do pagamento.**

Qualquer mudança de endereço, telefone ou conta bancária deve ser imediatamente comunicada para que seja providenciada a devida alteração no sistema informatizado.

Os pedidos de atualização dos dados cadastrais devem ser feitos à FioSaúde, de acordo com as seguintes situações:

- ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DE ATENDIMENTO:

Pedido por escrito, assinado pelo Credenciado, acompanhado de cópia do alvará de localização ou declaração de sublocação.

- MUDANÇA DE TELEFONE:

Solicitação feita diretamente ao Setor de Relacionamento com a Rede Credenciada da FioSaúde (pelo telefone: 021-3865-1806 ou pelo e-mail: odontologia@fiosaude.org.br

- ALTERAÇÃO DE CONTA BANCÁRIA:

Pedido por escrito, assinado pelo Credenciado e encaminhado à FioSaúde com cópia do comprovante bancário.

- DESCREDENCIAMENTO

Poderá também ocorrer o descredenciamento, por justo motivo, com antecedência de 30 dias, conforme previsto em contrato.

III - TABELAS DE HONORÁRIOS E COBERTURAS

A Tabela de Honorários Odontológicos utilizada para fins de pagamento dos serviços prestados, descrita ao final deste manual é própria e específica da FioSaúde, cuja codificação, nomenclatura e valores são periodicamente reavaliados.

Procedimentos que não estejam expressos nas tabelas da FioSaúde não terão cobertura. A inexistência **de autorização** isenta a FioSaúde de qualquer responsabilidade pecuniária.

Sob pena de descredenciamento, os credenciados não poderão cobrar diretamente dos beneficiários quaisquer valores adicionais pela execução de procedimentos que estejam contidos dentro das especialidades

credenciadas e que tenham cobertura prevista na tabela de Honorários Odontológicos da FioSaúde.
À exceção dos casos de aparelhos ortodônticos em Cerâmica ou Safira.

O plano FioSaúde concede aos seus beneficiários atendimento odontológico amplo, exceto para:

• trabalhos com finalidade exclusivamente estética - clareamento;

• restaurações mistas;

• transplantes dentários;

• serviços e exames não constantes da tabela própria

• tratamentos que infrinjam qualquer dispositivo contido no Código de Ética odontológico;

• procedimentos não autorizados previamente pela FioSaúde ou que não correspondam ao procedimento inicialmente liberado pela autorizada.

IV - COBRANÇA/FATURAMENTO

IV.1 - ENCAMINHAMENTO DA COBRANÇA

A FioSaúde não aceita o envio das cobranças sem os formulários original, não aceita fotocópias ou folhas de fax .

As guias devem ser entregues pessoalmente ou enviando pelo correio para a Caixa de Assistência Oswaldo Cruz, na Av. Brasil, 4.036/3º andar – Manguinhos – Rio de Janeiro, CEP 21040-361.

Qualquer referência às cobranças enviadas à FioSaúde deve ser feita pelo número de processo.

No caso das faturas encaminhadas pelo correio, consideraremos a data de recebimento na sede da FioSaúde.

IV.2 - ENTREGA E REGISTRO DE PROCESSOS

Os processos de cobrança serão apresentados mensalmente, no período preestabelecido (quatro dias úteis), conforme definido em calendário impresso e encaminhado anualmente aos credenciados. Estes processos devem vir acompanhados das suas respectivas guias.

Os pagamentos de pessoas jurídicas ficarão condicionados à entrega das notas fiscais, de acordo com as datas pré-definidas em calendário anual.

As cobranças somente serão aceitas se forem apresentadas à FioSaúde até 90 (noventa) dias após a data do atendimento, no caso de hospitais, e até 60 (sessenta) dias para todos os outros serviços.

IV.3 - ANÁLISE TÉCNICA

As Guias de Solicitação de Tratamento e as Guias de Tratamento Odontológico-GTO passam sempre pela análise técnica da equipe odontológica da FioSaúde quanto à especificação, quantidade e, eventualmente, valores cobrados para os serviços.

As Guias de Internação/Serv. Aux. de diagnóstico e odontológicas, quando envolverem procedimentos mais complexos ou pequenas cirurgias, também são submetidas à análise técnica da equipe odontológica da FioSaúde.

Os motivos e os respectivos códigos de glosas estão apresentados no ANEXO 4 deste Manual.

IV.4 - ANÁLISE ADMINISTRATIVA

Todas as Guias encaminhadas pelos Credenciados passam por uma conferência, verificação e análise administrativa, podendo sofrer alterações (glosas) com a finalidade de corrigir e/ou eliminar distorções e/ou erros cometidos pelos Credenciados quanto à especificação, quantidade e valores cobrados para os diversos serviços. Os motivos e os respectivos códigos das glosas estão apresentados no ANEXO 4 deste Manual.

V- PAGAMENTO

V.1 - CONDIÇÃO BÁSICA

Todo e qualquer pagamento está condicionado ao correto preenchimento dos documentos exigidos pela FioSaúde, conforme orientação deste Manual.

V.2 - CONTA BANCÁRIA

Os pagamentos são efetuados por crédito em conta corrente, na instituição bancária indicada pelo Credenciado, seja pessoa física ou jurídica.

O Credenciado deve ser o titular da conta corrente indicada para pagamento de seus serviços. A conta indicada pelo Credenciado deverá ter o mesmo CPF ou CNPJ constante em seu cadastro, sob pena de o pagamento não ser processado.

V.3 - VALOR LÍQUIDO

O valor líquido do pagamento corresponderá a:

a) Pessoa física - soma dos valores dos documentos apresentados, consideradas as glosas e ajustes feitos pela FioSaúde, deduzido o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), quando couber.

b) Pessoa jurídica - soma dos valores dos documentos apresentados, consideradas as glosas e ajustes feitos pela FioSaúde, deduzido o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), quando couber.

V.4 - ISENÇÃO DE DEDUÇÃO DE TRIBUTOS LEGAIS

Para fazer jus à isenção de tributos, o Credenciado terá que apresentar à FioSaúde uma Declaração de Isenção. No caso de dúvidas sobre o modelo do documento, basta entrar em contato com a Caixa de Assistência.

V.5 - EXTRATO DE PAGAMENTOS

A FioSaúde se compromete a disponibilizar mensalmente no site da FioSaúde extrato contendo discriminação das guias pagas, bem como das glosas havidas. Acesse www.fiosaude.org.br e escolha a opção Credenciados. Para ter acesso ao conteúdo desta área, utilize a senha fornecida pela FioSaúde.

REVISÃO DE PAGAMENTO

Caso o Credenciado não concorde com as glosas e/ou correções feitas pela FioSaúde, poderá, dentro do prazo de 60 dias e se devidamente justificado, solicitar uma REVISÃO DE PAGAMENTO, com base nas informações constantes do Extrato de Pagamentos.

A revisão de pagamento poderá ser solicitada por email, por carta endereçada à FioSaúde, constando o número do Protocolo de Processo e a justificativa cabível, ou pessoalmente, através de entrevista agendada com o Setor de Análise de Processos (telefone 021- 3865-1881).

SOLICITAÇÃO DE MATERIAL

A reposição do material de atendimento poderá ser solicitada por email ou por pedido escrito especificando o tipo de guia necessária. Em ambos os casos, o pedido poderá ser enviado para a sede da FioSaúde.

VI - ATENDIMENTO DO BENEFICIÁRIO

Identificação dos Beneficiários

A identificação dos beneficiários para o atendimento é obrigatória, devendo ser feita através da apresentação do cartão do plano.

Obs.: Para beneficiários dos planos Básico, Superior e/ou Executivo não há menção sobre cobertura odontológica no verso da carteira, já que não é ali contemplada. Beneficiários do Essencial, Clássico, Exec. Especial e Família I, II e III que utilizam a rede ampliada FioSaúde/Cassi recebem a carteira FioSaúde somente para atendimento em odontologia

Para o atendimento é indispensável a apresentação da carteira, acompanhada de um documento de identidade do beneficiário.

Regulação Odontológica

A Central de Atendimento da FioSaúde enviará a resposta da solicitação de autorização em até 05 dias úteis, através de envio de mensagem para e-mail do beneficiário previamente cadastrado, com cópia para o prestador (preferencialmente para e-mail de trabalho do beneficiário titular) ou pelos Correios (caso seja definido previamente pelo próprio beneficiário), informando se o tratamento foi autorizado ou negado e/ou direcionando a guia para a AUDITORIA, com a indicação do auditor.

Auditoria

O documento formal para registro é a GUIA DE AUDITORIA DE QUALIDADE**,** acompanhada do orçamento ou da autorização da FIOSAÚDE com o detalhamento dos procedimentos e a GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO TISS.

Esta autorização prévia dar-se-á conforme o tipo de tratamento.

O Beneficiário deverá comparecer à auditoria com os seguintes documentos:

• GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO-TISS, acompanhada do plano de tratamento proposto e do Relatório Justificativo nos casos pertinentes;

• Formulário de AUTORIZAÇÃO DA FIOSAÚDE;

• Formulário AUDITORIA DE QUALIDADE;

• Exames de Imagem solicitados e pertinentes ao caso;

• Exames laboratoriais eventualmente solicitados e pertinentes ao caso;

• Documentação Odontológica pertinente ao procedimento.

AUDITORIA PRESENCIAL OU DOCUMENTAL

Alguns procedimentos são sujeitos à AUDITORIA PRESENCIAL ou à AUDITORIA DOCUMENTAL com o objetivo de manter a qualidade técnico-científica dos trabalhos.

Existem diferentes tipos, que variam de acordo com os procedimentos ou especialidades.

AUDITORIA DOCUMENTAL INICIAL- **ADI**

AUDITORIA DOCUMENTAL FINAL- **ADF**

AUDITORIA DOCUMENTAL REAVALIADORA - **ADR**

AUDITORIA PRESENCIAL INICIAL - **API**

AUDITORIA PRESENCIAL FINAL - **APF**

AUDITORIA PRESENCIAL REAVALIADORA - **APR**

AUDITORIA PRESENCIAL INTERMEDIÁRIA- **API**

AUDITORIA INICIAL DE ORTO- **AIO**

AUDITORIA DE COLOCAÇÃO ORTODÔNTICA **APCO**

AUDITORIA FINAL DE ORTO- **AFO**

AUDITORIA PRESENCIAL DE PRORROGAÇÃO- **APPRR**

A AUDITORIA PRESENCIAL sempre demanda o envio ao auditor, através do paciente, do plano de tratamento, via formulário próprio, denominado "AUDITORIA DE QUALIDADE" (conforme anexo deste manual).

Conforme o procedimento deverá ser anexado à GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO o parecer clínico profissional, como por exemplo: Relatório Justificativo e/ou Periograma completo e/ou RX Inicial e/ou Final.

Os procedimentos sujeitos às AUDITORIAS, sejam eles PRESENCIAIS e/ou DOCUMENTAIS, estão descritos no anexo deste manual.

Nos procedimentos das especialidades de Cirurgia Buco Maxilo Facial, Implantodontia, Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares haverá

AUDITORIAS PRESENCIAIS INICIAIS, INTERMEDIÁRIAS (se necessárias) e FINAIS .

Todos os procedimentos incluídos nas especialidades de Prótese Dentária (módulo básico e especializado), Endodontia, Ortodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares, Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial e Implantodontia necessitarão, conforme descritos adiante, de apresentação de exames de imagem, nas auditorias programadas ou eventuais.

Obs.: Em alguns casos de auditorias presenciais e/ou documentais, poderão ser solicitados pela auditoria, e/ou pela FIOSAÚDE, relatórios justificativos complementares e eventuais Exames Laboratoriais ou outros realizados.

As auditorias serão sempre realizadas por auditores contratados, indicados pela FIOSAÚDE.

As AUDITORIAS PRESENCIAIS, sendo elas INTERMEDIÁRIAS ou FINAIS, deverão ser realizadas pelo mesmo auditor que realizou a AUDITORIA INICIAL, salvo em casos especiais determinados ou autorizados pela FIOSAÚDE.

Os tratamentos odontológicos complementares ou as solicitações de alteração sobre o plano de tratamento inicial poderão ser submetidos a uma nova auditoria, determinada ou autorizada pela FIOSAÚDE.

O beneficiário poderá solicitar ou ser convocado, a qualquer momento, para AUDITORIA aleatória, eventual ou de amostragem, com a finalidade de verificar a qualidade dos serviços prestados, independentemente do valor do tratamento e do prazo que foi proposto.

Diretrizes para Realização das Auditorias em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares e DTM

O prestador deve nos enviar via sistema e o beneficiário, no momento da auditoria, deverá apresentar a seguinte documentação anexa.

• **AUDITORIA PRESENCIAL INICIAL ou AUDITORIA DOCUMENTAL INICIAL** - API: antes da realização do tratamento Ortodôntico*:*

I. Modelos Ortodônticos (não precisam ser enviados)

II. Radiografias específicas ao caso (*).

III. Parecer Ortodôntico Simplificado - POS com:

a. Diagnóstico (dentário e ósseo).

b. Aparatologia indicada.

c. Técnica a ser aplicada.

d. Tempo provável de tratamento.

e. Prognóstico.

f. Objetivos a serem alcançados.

Obs: (*) Radiografias: Panorâmica, Cefalometria de Perfil com Traçado e Periapical Completa / Radiodôntica

• **AUDITORIA PRESENCIAL DE COLOCAÇÃO** – APC : após a instalação da aparatologia ortodôntica interceptativa ou corretiva .

I. GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO com a senha de autorização prévia.

II. Parecer Ortodôntico Simplificado - POS devidamente preenchido.

Obs.: Toda a aparatologia proposta deverá estar instalada.

- **AUDITORIA PRESENCIAL INTERMEDIÁRIA - APIM**: **Um ano após a instalação** do aparelho ortodôntico, ou a pedido do beneficiário/responsável ou do credenciado ou por solicitação expressa da FIOSAÚDE

I. Modelo Ortodôntico Inicial

II. Radiografia Atual

III. Parecer Ortodôntico Simplificado - POS (Inicial)

IV. Relatório Atual com descrição de evolução e estágio da intervenção

- **AUDITORIA PRESENCIAL FINAL – APF : ao término do tratamento ortodôntico ativo:**

I. Modelos Ortodônticos finalizados.

II. Documentação radiográfica existente - Inicial e final.

III. Relatório de conclusão emitido pelo profissional executor.

Diretrizes para Realização das Auditorias em Implantodontia

O prestador deve nos enviar via sistema e o beneficiário, no momento da auditoria, deverá apresentar a seguinte documentação anexa.

Todos os procedimentos de implantodontia são condicionados à auditoria inicial e final, devendo respeitar os seguintes critérios de avaliação:

a. Auditoria Inicial da fase cirúrgica: FASE I

• Apresentação de toda a documentação de exames de imagem pertinente ao caso.
• Atestado de saúde periodontal.
• Risco cirúrgico acompanhado de todos os exames laboratoriais pertinentes.
• Planejamento cirúrgico completo e protético simplificado contendo os seguintes itens:
- etiologia da ausência dentária (cárie, doença periodontal crônica ou fratura),
- comprimento e diâmetro dos implantes a serem instalados, espaço mesiodistal disponível,
- tipo de prótese a ser realizada na fase protética (cimentada ou parafusada) e
- espaço interoclusal disponível (distância crista óssea - dente antagonista).

b. Auditoria Final da fase cirúrgica: FASE I e FASE II

• Radiografias iniciais e finais do caso.
• Relatório de intercorrências trans-operatórias, caso tenham ocorrido.

c. Auditoria Inicial da fase protética: FASE III

• Exames de imagem pertinentes ao caso.
• Planejamento protético completo contendo os seguintes itens:
- tipo de prótese planejada (cimentada ou parafusada),
- pilar a ser utilizado - não utilizar nomes comerciais
da prótese (casos de múltiplos implantes) e
- prognóstico do caso quanto à biomecânica da prótese.

d. Auditoria Final da fase protética: FASE III

• Exames de imagem finais da prótese.
• Nos casos de união da estrutura de metal de próteses parafusadas (casos de múltiplos implantes) deverão ser feitas radiografias que comprovem a FIOSAÚDE sividade da estrutura de metal na sua fase de prova, a fim de minimizar forças desnecessárias que prejudiquem os implantes das próteses parafusadas múltiplas.

OBS. 2: Não utilizar, nos relatórios e planejamentos, os nomes comerciais dos implantes e componentes protéticos, pois o auditor da qualidade não possui todos os catálogos das diversas empresas disponíveis no mercado. Utilizar nomenclatura genérica.

Diretrizes para Realização das Auditorias em Cirurgia Buco Maxilo Facial

O prestador deve nos enviar via sistema e o beneficiário, no momento da auditoria, deverá apresentar a seguinte documentação anexa.

• **AUDITORIA PRESENCIAL INICIAL ou AUDITORIA DOCUMENTAL INICIAL** - API: antes da realização do tratamento Cirúrgico*:*

I. Radiografias específicas ao caso

II.Em caso de Cirurgia Ortognática: Parecer Ortodôntico Simplificado - POS com:

a. Diagnóstico (dentário e ósseo).

b. Aparatologia indicada.

c. Técnica a ser aplicada.

d. Tempo provável de tratamento.

e. Prognóstico.

f. Objetivos a serem alcançados.

III- Parecer do Cirurgião e Traçado Predictivo

IV- Relaçao de OPME com indicação de três fornecedores

++ Qualquer caso de cirurgia buco maxilo necessita de exames de imagem, relatórios do Cirurgião, OPME e risco cirúrgico.

• **AUDITORIA PRESENCIAL ou DOCUMENTAL FINAL**

I- Apresentar RX final e parecer cirúrgico final.

VI - CODIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Os procedimentos odontológicos da tabela FioSaúde têm código estruturado de acordo com a TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar. Além da codificação dos procedimentos, mantém-se como obrigatória a informação do(s) dente(s), segmento(s), arcada(s) ou hemi-arcada trabalhada, bem como da(s) face(s), no padrão TISS da GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, conforme tabelas em anexo.

Caso não tenha identificação, as guias não poderão ser processadas.

CÓDIGOS DOS DENTES

11 Incisivo Central Superior Direito
12 Incisivo Lateral Superior Direito
13 Canino Superior Direito
14 Primeiro Pré-molar Superior Direito
15 Segundo Pré-molar Superior Direito
16 Primeiro Molar Superior Direito
17 Segundo Molar Superior Direito
18 Terceiro Molar Superior Direito
21 Incisivo Central Superior Esquerdo
22 Incisivo Lateral Superior Esquerdo
23 Canino Superior Esquerdo
24 Primeiro Pré-molar Superior Esquerdo
25 Segundo Pré-molar Superior Esquerdo
26 Primeiro Molar Superior Esquerdo
27 Segundo Molar Superior Esquerdo
28 Terceiro Molar Superior Esquerdo
31 Incisivo Central Inferior Esquerdo
32 Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
33 Canino Inferior Esquerdo
34 Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
35 Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
36 Primeiro Molar Inferior Esquerdo
37 Segundo Molar Inferior Esquerdo
38 Terceiro Molar Inferior Esquerdo
41 Incisivo Central Inferior Esquerdo
42 Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
43 Canino Inferior Esquerdo
44 Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
45 Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
46 Primeiro Molar Inferior Esquerdo
47 Segundo Molar Inferior Esquerdo

48 Terceiro Molar Inferior Esquerdo
51 Incisivo Central Superior Direito
52 Incisivo Lateral Superior Direito
53 Canino Superior Direito
54 Primeiro Molar Superior Direito
55 Segundo Molar Decíduo Superior Direito
61 Incisivo Central Decíduo Superior Esquerdo
62 Incisivo Lateral Decíduo Superior Esquerdo
63 Canino Decíduo Superior Esquerdo
64 Primeiro Molar Decíduo Superior Esquerdo
65 Segundo Molar Decíduo Superior Esquerdo
71 Incisivo Central Decíduo Inferior Esquerdo
72 Incisivo Lateral Decíduo Inferior Esquerdo
73 Canino Decíduo Inferior Esquerdo
74 Primeiro Molar Decíduo Inferior Esquerdo
75 Segundo Molar Decíduo Inferior Esquerdo
81 Incisivo Central Decíduo Inferior Direito
82 Incisivo Lateral Decíduo Inferior Direito
83 Canino Decíduo Inferior Direito
84 Primeiro Molar Decíduo Inferior Direito
85 Segundo molar Decíduo Inferior Direito
99 Dente Extranumerário

CÓDIGOS DAS FACES

D	DISTAL
M	MESIAL
V	VESTIBULAR
L	LINGUAL
P	PALATINA
O	OCLUSAL
I	INCISAL
DI	DISTO INCISAL
DO	DISTO OCLUSAL
DOL	DISTO OCLUSO LINGUAL
DOP	DISTO OCLUSO PALATINA
DOV	DISTO OCLUSO VESTIBULAR
MDL	MESIO DISTO LINGUAL
MDP	MESIO DISTO PALATINA
MDV	MESIO DISTO VESTIBULAR
MI	MESIO INCISAL
MID	MESIO INCISO DISTAL
MIDL	MESIO INCISO DISTO LINGUAL
MIDP	MESIO INCISO DISTO PALATINA
MIDV	MESIO INCISO DISTO VESTIBULAR
MO	MESIO OCLUSAL
MOD	MESIO OCLUSO DISTAL
MODL	MESIO OCLUSO DISTO LINGUAL
MODP	MESIO OCLUSO DISTO PALATINA

MODV	MESIO OCLUSO DISTO VESTIBULAR
MOL	MESIO OCLUSO LINGUAL
MOP	MESIO OCLUSO PALATINA
MOV	MESIO OCLUSO VESTIBULAR
OL	OCLUSO LINGUAL
OP	OCLUSO PALATINA
OV	OCLUSO VESTIBULAR
PC	PONTA DE CÚSPIDE

REGIÕES

AS	Arco Superior
AI	Arco Inferior
HASD	Hemi-Arco Superior Direito
HASE	Hemi-Arco Superior Esquerdo
HAID	Hemi-Arco Inferior Direito
HAIE	Hemi-Arco Inferior Esquerdo
ASAI	Arcadas Superior e inferior
S1	Sextante superior posterior direito
S2	Sextante superior anterior
S3	Sextante superior posterior esquerdo
S4	Sextante inferior posterior esquerdo
S5	Sextante inferior anterior
S6	Sextante inferior posterior direito
RIS	Região dos Incisivos centrais superiores
RCSD	Região do canino e lateral superior direitos
RPSD	Região dos pré-molares superiores direitos
RMSD	Região dos molares superiores direitos
RCSE	Região do canino e lateral superior esquerdos
RPSE	Região dos pré-molares superiores esquerdos
RMSE	Região dos molares superiores esquerdos
RII	Região dos incisivos inferiores
RCID	Região de canino inferior direito
RPID	Região dos pré-molares inferiores direitos
RMID	Região dos molares inferiores direitos
RCIE	Região de canino inferior esquerdos
RPIE	Região dos pré-molares inferiores esquerdos
RMIE	Região dos molares inferiores esquerdos
RMD	Região dos molares lado direitos
RME	Região dos molares lado esquerdos
RPD	Região dos pré-molares lado direitos
RPE	Região dos pré-molares lado esquerdos
RMPE	Região dos molares e pré-molares lado esquerdos
RMPD	Região dos molares e pré-molares lado direitos
SM	Região do assoalho do seio maxilar

TU	Região do Túber
RL	Região lingual
RP	Região palatina
RV	Região vestibular
RSMD	Região Sub-Mandibular Direita
RSME	Região Sub-Mandibular Esquerda
RSL	Região Sub-Lingual
SI	Região de Sínfise
FLI	Freio lingual
FLA	Freios labiais
UV	Úvula
PP	Pregas palatinas
PI	Papila incisiva
LS	Lábio Superior
LI	Lábio inferior
LG	Língua
CL	Comissura labial
AB	Assoalho de boca
PA	Palato
MJ	Mucosa jugal
PD	Palato duro
PM	Palato mole
RM	Região retromolar
MA	Mucosa alveolar
GI	Gengiva inserida
PT	Parótida
TP	Tonsilas palatinas

DOCUMENTAÇÃO	SIGLAS
RX PERIAPICAL INICIAL E/OU RX FINAL	RX PI / RX PF
RADIOGRAFIA PANORÂMICA	PAN
RADIOGRAFIA OCLUSAL	OCL
TOMOGRAFIA MAXILAR	TMO MAX
TOMOGRAFIA MANDIBULAR	TMO MAND
TOMOGRAFIAS DAS ATMs	TMO ATM
DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA	DOC ORTO
RELATORIO JUSTIFICATIVO	RJ
PARECER ORTODÔNTICO SIMPLIF.	POS
PARECER IMPLANTE SIMPLIFICADO	PIF
PARECER CIRÚRGICO SIMPLIF.	PCS

CONACO - CÓDIGOS DE NÃO CONFORMIDADES ODONTOLÓGICAS

Versão Modificada.

Estes códigos foram idealizados com o intuito de Facilitar a comunicação e registro entre AUDITORES e Dentistas Credenciados, respeitando assim os preceitos éticos contidos no CEO - Código de Ética Odontológica e legislação vigente.

ANEXO 4
AUDITORIA INICIAL

2101 Reavaliar código solicitado
2102 Verificar vitalidade pulpar
2103 Verificar situação periodontal
2104 Condicionado ao tratamento endodôntico
2105 Condicionado ao tratamento periodontal
2106 Encaminhar ao especialista
2107 Procedimento não coberto
2108 Falta radiografia periapical
2109 Radiografia sem nitidez e contraste
2110 Falta radiografia panorâmica
2111 Falta parecer justificativo
2112 Reavaliar indicação e entrar em contato em caso de dúvida
2113 Fora da Normativa Contratual
2114 Entrar em contato com Auditor
2115 Reavaliar relatório enviado
2116 Reavaliar aparatologia indicada
2117 Aparatologia instalada deve ser reavaliada
2118 Falta de documentação Ortodôntica especificada no Manual Operacional Odontológico
2119 Falta de documentação para Implantes especificada no Manual operacional odontológico.
2120 Reavaliar indicação de Implantes

ANÁLISE SUBJETIVA

2154 - Paciente insatisfeito quanto à:

A. Função
B. Estética
C. Função/Estética
D. Sensibilidade

2155 Conforme relato do paciente, procedimento não realizado

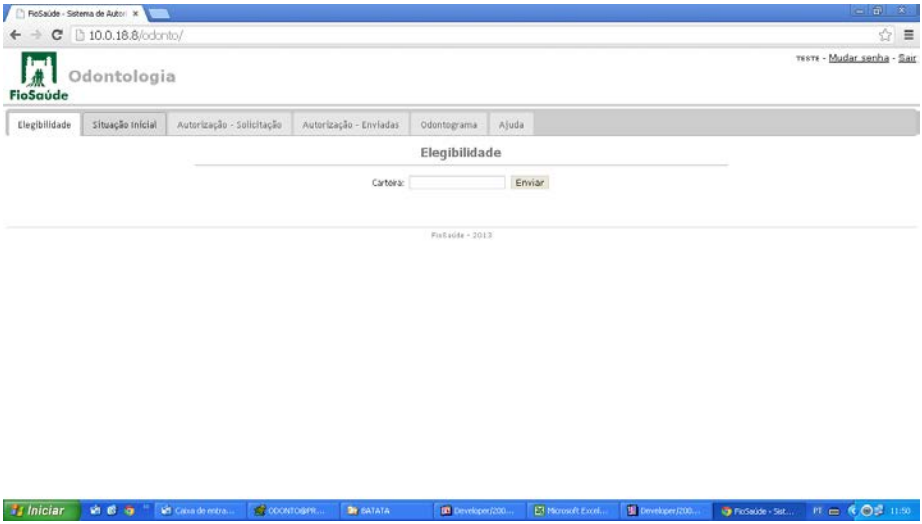
AUDITORIA FINAL

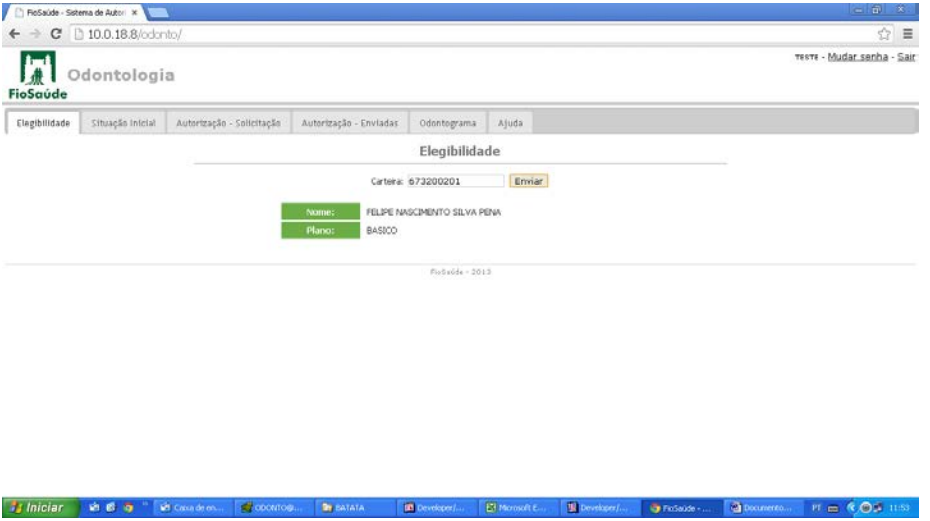
2121 Fratura Dentária
2122 Fratura de trabalho
2123 Presença de tecido caríado
2124 Presença de sensibilidade
2125 Adaptação não conforme
A. Sub-extensão
8. Sobre-extensão
C. Falta de anatomia
D. Falta de contorno palatino / vestibular /lingual
2126 Trabalho perfurado
2127 Ausência de contato proximal
2128 Ausência de contato oclusal
2129 Alteração da Curva de Spee
2130 Travamento na excursão mandibular
2131 Cimentação indevida
2132 Excesso de cimento
2133 Falta de acabamento {irregularidade e aspereza)
2134 Sulco no Cavo Superficial
2135 Quebra da solução de continuidade
2136 Invasão de espaço biológico periodontal
2137 Procedimento não realizado
2138 Material utilizado não corresponde ao solicitado
2139 Procedimento não corresponde ao solicitado
2140 Traumatismo protético
2141 Trauma periodontal
2142 Aparelho sem estabilidade e/ou adaptação
2143 Contato prematuro
2144 Presença de corpo estranho
2145 Perfuração radicular

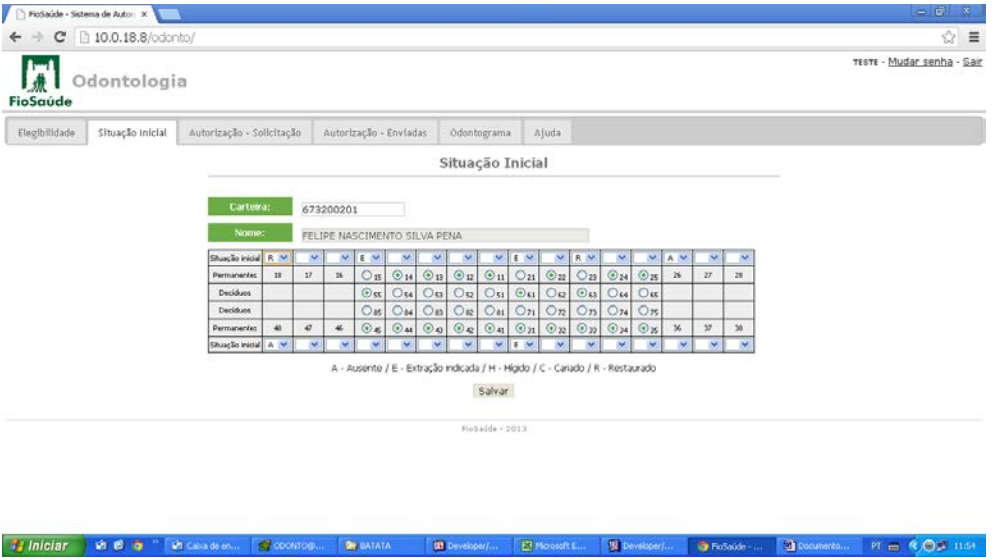
2146 Obturação endodôntica não conforme
2147 Fratura de lima
2148 Presença de púslula ou fístula
2149 Reavaliar indicação de término de tratamento ortodôntico
2150 Enquadramento feito por analogia
2151 Reavaliar aparatologia proposta
2152 Aparatologia instalada diferente da solicitada
2153 Invasão do espaço biológico preconizado para implantes
2154 Reavaliar Coroa sobre implante
2155 Aparatologia ortodôntica parcialmente instalada

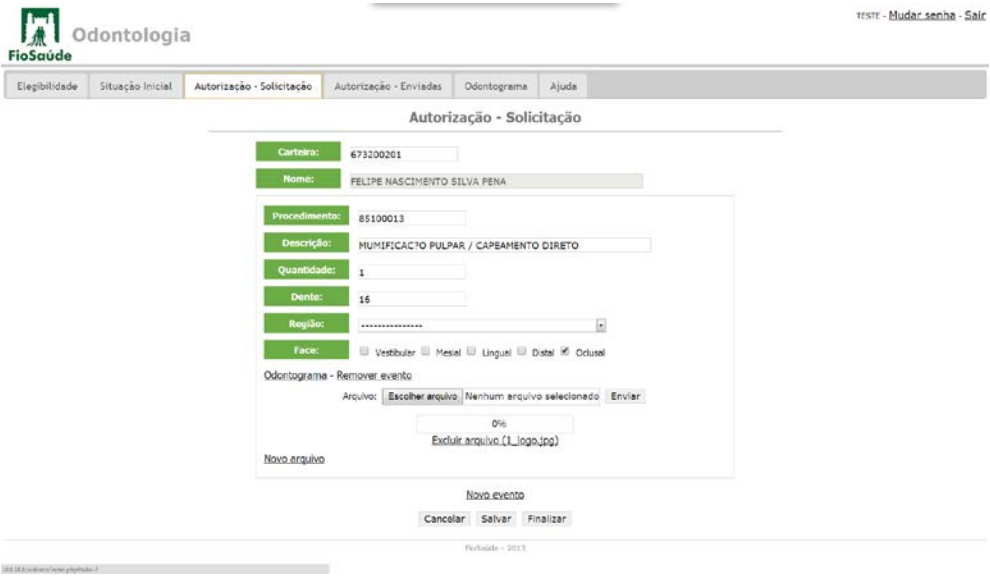
Todos os procedimentos serão solicitados via Web: odonto.fiosaude.org.br

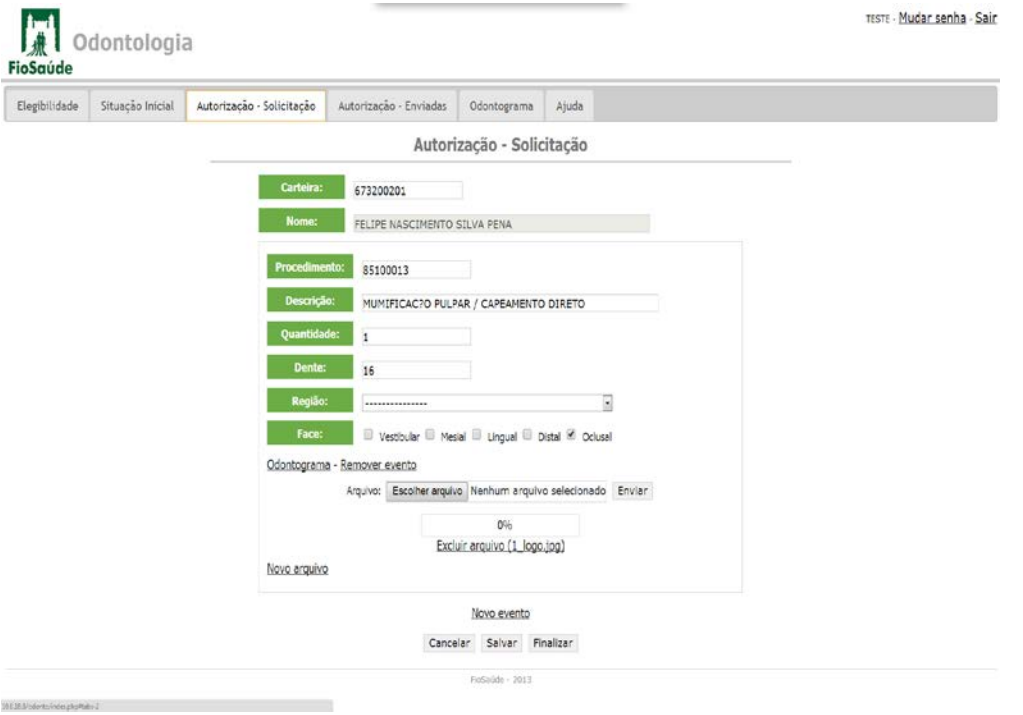
A seguir a sequência de telas para Odontologia.

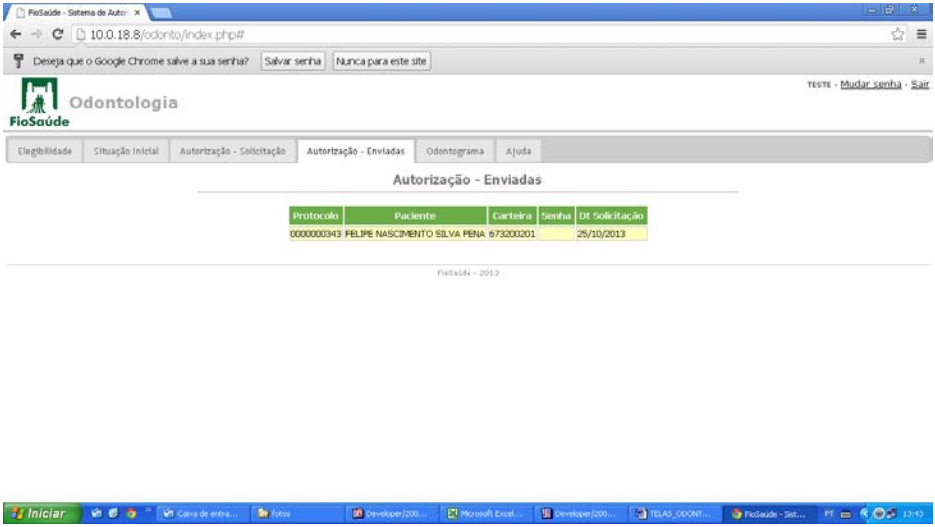


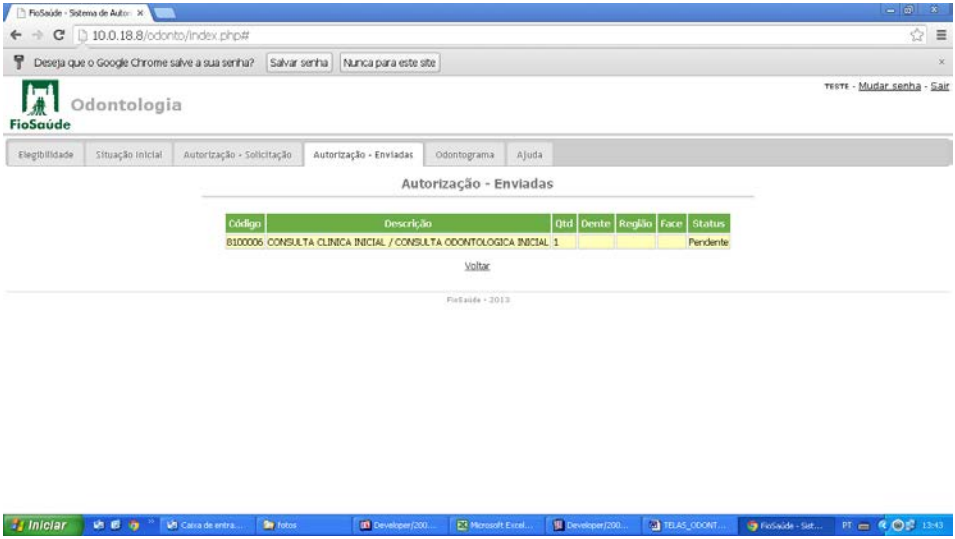

FioSaúde - Sistema de Autor
10.0.18.8/odonto/
TESTE - Mudar senha - Sair
Odontologia
FioSaúde
Elegibilidade
Situação Inicial
Autorização - Solicitação
Autorização - Enviadas
Odontograma
Ajuda
Elegibilidade
Carteira: 673200201
Enviar
Nome:
FELIPE NASCIMENTO SILVA PENA
Plano:
BASICO
FioSaúde - 2013
Iniciar

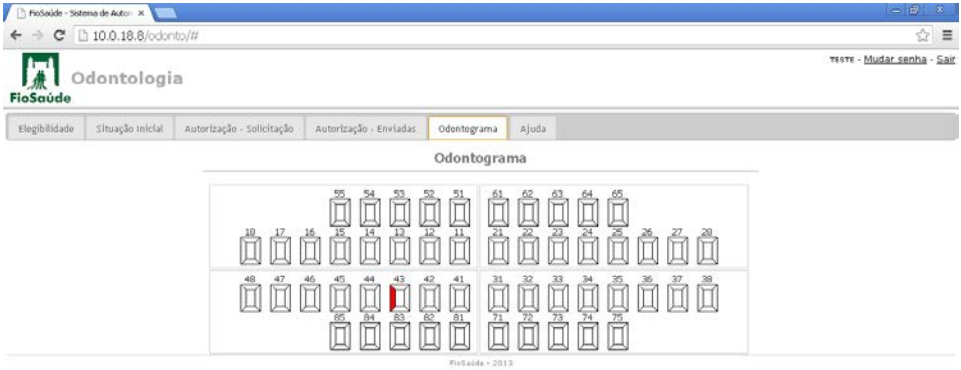

FioSaúde - Sistema de Autor
10.0.18.8/odonto/
TESTE - Mudar senha - Sair
Odontologia
FioSaúde
Elegibilidade
Situação Inicial
Autorização - Solicitação
Autorização - Enviadas
Odontograma
Ajuda
Situação Inicial
Carteira:
673200201
Nome:
FELIPE NASCIMENTO SILVA PENA
Situação inicial
Permanentes
Decíduos
A - Ausente / E - Extração indicada / H - Higido / C - Cariado / R - Restaurado
Salvar
FioSaúde - 2013
Iniciar


Odontologia
FioSaúde
TESTE - Mudar senha - Sair
Elegibilidade
Situação Inicial
Autorização - Solicitação
Autorização - Enviadas
Odontograma
Ajuda
Autorização - Solicitação
Carteira:
673200201
Nome:
FELIPE NASCIMENTO SILVA PENA
Procedimento:
85100013
Descrição:
MUMIFICAC?O PULPAR / CAPEAMENTO DIRETO
Quantidade:
1
Dente:
16
Região:
Face:
Vestibular
Mesial
Lingual
Distal
Oclusal
Odontograma - Remover evento
Arquivo:
Escolher arquivo
Nenhum arquivo selecionado
Enviar
0%
Excluir arquivo (1_logo.jpg)
Novo arquivo
Novo evento
Cancelar
Salvar
Finalizar

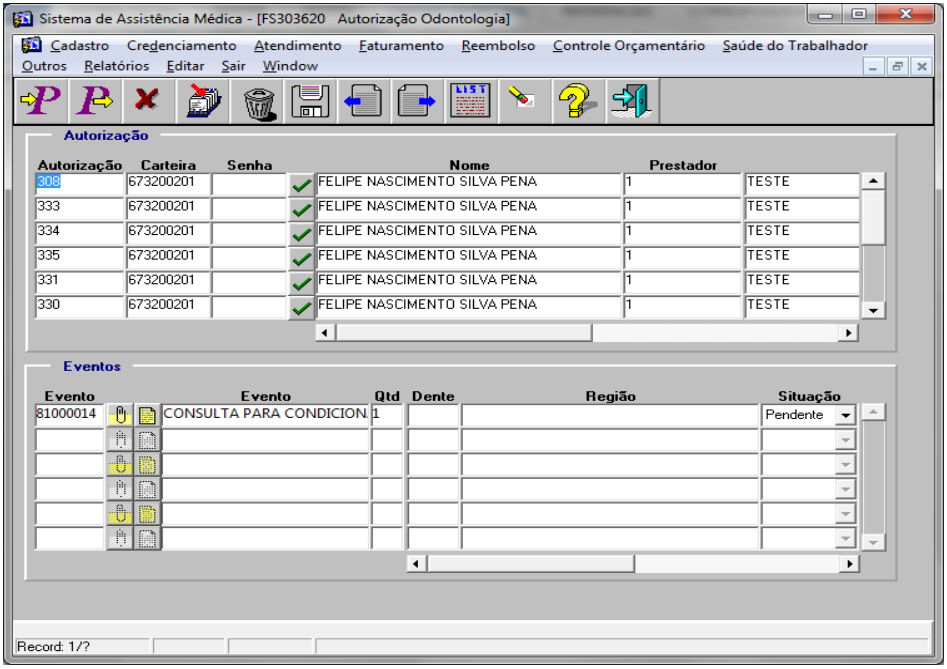

Odontologia
FioSaúde
TESTE - Mudar senha - Sair
Elegibilidade
Situação Inicial
Autorização - Solicitação
Autorização - Enviadas
Odontograma
Ajuda
Autorização - Solicitação
Carteira:
673200201
Nome:
FELIPE NASCIMENTO SILVA PENA
Procedimento:
85100013
Descrição:
MUMIFICAC?O PULPAR / CAPEAMENTO DIRETO
Quantidade:
1
Dente:
16
Região:
Face:
Vestibular
Mesial
Lingual
Distal
Oclusal
Odontograma - Remover evento
Arquivo:
Escolher arquivo
Nenhum arquivo selecionado
Enviar
0%
Excluir arquivo (1_logo.jpg)
Novo arquivo
Novo evento
Cancelar
Salvar
Finalizar
FioSaúde - 2013


FioSaúde - Sistema de Autor
10.0.18.8/odonto/index.php#
Deseja que o Google Chrome salve a sua senha?
Salvar senha
Nunca para este site
TESTE - Mudar senha - Sair
Odontologia
FioSaúde
Elegibilidade
Situação Inicial
Autorização - Solicitação
Autorização - Enviadas
Odontograma
Ajuda
Autorização - Enviadas
Protocolo
Paciente
Carteira
Senha
Dt Solicitação
0000000343
FELIPE NASCIMENTO SILVA PENA
673200201
25/10/2013
FioSaúde - 2013
Iniciar


FioSaúde - Sistema de Autor
10.0.18.8/odonto/index.php#
Deseja que o Google Chrome salve a sua senha?
Salvar senha
Nunca para este site
TESTE - Mudar senha - Sair
Odontologia
FioSaúde
Elegibilidade
Situação Inicial
Autorização - Solicitação
Autorização - Enviadas
Odontograma
Ajuda
Autorização - Enviadas
Código
Descrição
Qtd
Dente
Região
Face
Status
B100006
CONSULTA CLINICA INICIAL / CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL
1
Pendente
Voltar
FioSaúde - 2013
Iniciar


FioSaúde - Sistema de Auto
10.0.18.8/odonto/#
TESTE - Mudar senha - Sair
Odontologia
FioSaúde
Elegibilidade
Situação Inicial
Autorização - Solicitação
Autorização - Enviadas
Odontograma
Ajuda
Odontograma
55 54 53 52 51 61 62 63 64 65
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81 71 72 73 74 75
FioSaúde - 2013

10.0.18.8/odonto/#tabs-4
Iniciar
Caixa de ...
ODONTO...
BATATA
Develope...
Microsoft...
Develope...
FioSaúde...
TELAS_O...
Sistema ...
PT
12:05


Sistema de Assistência Médica - [FS303620 Autorização Odontologia]
Cadastro Credenciamento Atendimento Faturamento Reembolso Controle Orçamentário Saúde do Trabalhador
Outros Relatórios Editar Sair Window
Autorização
Autorização Carteira Senha Nome Prestador
308 673200201 FELIPE NASCIMENTO SILVA PENA 1 TESTE
333 673200201 FELIPE NASCIMENTO SILVA PENA 1 TESTE
334 673200201 FELIPE NASCIMENTO SILVA PENA 1 TESTE
335 673200201 FELIPE NASCIMENTO SILVA PENA 1 TESTE
331 673200201 FELIPE NASCIMENTO SILVA PENA 1 TESTE
330 673200201 FELIPE NASCIMENTO SILVA PENA 1 TESTE
Eventos
Evento Evento Qtd Dente Região Situação
81000014 CONSULTA PARA CONDICION 1 Pendente
Record: 1/?

ANEXOS – GUIAS ODONTOLÓGICAS

Guia Tratamento Odontológico

FioSaúde

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal | 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira | 9 - Plano | 10- Empresa | 11 - Validade da Carteira | 12 - Cartão Nacional de Saúde

13 - Nome | 14 - Telefone | 15 - Nome do titular do plano | 16 -Atendimento a RN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante | 18 - Número no CRO | 19 - UF | 20 - Código CBO

21 - Código no Operadora | 22 - Nome do Contratado Executante | 23 - Número no CRO | 24 - UF | 25 - Código CNES

26 - Nome do Profissional Executante | 27 - Número no CRO | 28 - UF | 29 - Código CBO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtde	36-Qtde US	37-Valor R$	38-Franquia (R$)	39-Aut	40-Data de Realização	41-Assinatura
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

42 - Data de Término do Tratamento | 43 - Tipo de Atendimento | 44 - Tipo de Faturamento | 45 - Total Quantidade US | 46 - Valor Total (R$) | 47 - Valor Total Franquia (R$)

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentada, aceito a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assino esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48 - Observação / Justificativa

49-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 50-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51- Data da assinatura do Cirurgião-Dentista | 52- Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável | 54-Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 55- Data do carimbo da empresa

Anexo Guia Tratamento Odontológico Situação Inicial

FioSaúde

ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
SITUAÇÃO INICIAL

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal de Tratamento Odontológico

4 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Nome

6 - Número da Carteira

Situação Inicial

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

LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL

8 - SITUAÇÃO INICIAL:
A - Ausente
E - Extração Indicada
H - Higido
C - Cariado
R - Restaurado

9 - Sinais clínicos de doença periodontal?
☐ Sim ☐ Não

10 - Alteração dos tecidos moles?
☐ Sim ☐ Não

11 – Observação / Justificativa

12 - Local e Data

13 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

16 – Local, Data e Carimbo da Empresa

14 - Local e Data

15 - Assinatura do Beneficiário / Responsável

FioSaúde

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS ODONTOLÓGICAS

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS | 3 - Nome da Operadora | 4 - Objeto do Recurso | 5 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Contratado

6-Código na Operadora | 7 - Nome do Contratado

Dados do recurso de protocolo

8 - Número do Lote | 9-Número do Protocolo | 10- Código da Glosa do Protocolo | 11-Justificativa | 12 - Acatado

Dados do recurso de guia

13- Número da guia no prestador | 14-Senha | 15-Nome do beneficiário

16-Código da glosa da guia | 17-Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) | 18 - Acatado

Dados dos itens de guia

	19-Data realização procedimento 27-Valor Recursado 28-Valor Acatado	20-Dente/Região 29-Justificativa do prestador 30-Justificativa do operadora	21-Face	22-Quantidade	23-Tabela	24-Procedimento/Item assistencial	25-Descrição do procedimento	26-Código da Glosa
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								

31 - Valor Total Recursado (R$) | 32 - Valor Total Acatado (R$)

33- Data do recurso | 34 - Assinatura do Prestador | 35 - Data da Assinatura da Operadora | 36 - Assinatura da Operadora

Guia Recursos de Glosas Odontológicas

www.fiosaude.org.br

Atendimento a credenciados de odontologia:
(21) 3865-1806