

# Cartilha de Orientações Operacionais: COBERTURA ODONTOLÓGICA

Setembro/2024

# Sumário

1. INFORMAÇÕES GERAIS .....	4
2. CARÊNCIAS.....	5
3. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA .....	5
4. COBERTURA EM ODONTOLOGIA .....	6
5. PROCEDIMENTOS PARA SE SUBMETER A UM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO .....	7
5.1 ESCOLHA DIRIGIDA/REDE CREDENCIADA:.....	7
5.2 LIVRE ESCOLHA/REEMBOLSO: .....	7
6. AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO .....	7
7. AUDITORIAS ODONTOLÓGICAS.....	8
7.4 AUDITORIA DOCUMENTAL INICIAL: .....	8
7.5 AUDITORIA DOCUMENTAL FINAL: .....	8
8. ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS .....	9
9. REGRAS DE UTILIZAÇÃO .....	10
9.2 ODONTOLOGIA EM AMBIENTE HOSPITALAR.....	10
9.3 CONSULTA E DIAGNÓSTICO .....	11
9.4 ATENDIMENTO DOMICILIAR .....	12
9.5 CIRURGIA .....	13
9.6 IMPLANTODONTIA.....	14
9.6.7 IMPLANTODONTIA - ETAPA CIRÚRGICA.....	15
9.6.8 IMPLANTODONTIA - ETAPA PROTÉTICA .....	17
9.7 DENTÍSTICA / RESTAURAÇÕES .....	22
9.8 ENDODONTIA .....	23
9.9 ODONTOPEDIATRIA .....	25
9.10 ORTODONTIA .....	27
9.11 PERIODONTIA .....	39
9.12 PREVENÇÃO .....	41
9.13 PRÓTESE DENTÁRIA.....	42
9.14 RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA .....	49

10. ACESSO ÀS COBERTURAS EXTRA ROL DIANTE DE INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE REDE .....	50
11. PACOTES ODONTOLÓGICOS .....	50
12. SEDAÇÃO E ANALGESIA PARA PROCEDIMENTOS EM ODONTOLOGIA .....	52
13. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS NÃO COBERTOS.....	52

## 1. INFORMAÇÕES GERAIS

**1.1** Esta cartilha possui como objetivo detalhar a cobertura da segmentação odontológica dos planos da operadora Associação Petrobras de Saúde (Saúde Petrobras), registrada na ANS sob o número 422631.

**1.2** A cobertura dos procedimentos de odontologia é assegurada aos beneficiários dos planos da Saúde Petrobras na forma da elegibilidade descrita em seus respectivos regulamentos.

**1.3** Os procedimentos de odontologia devem ser solicitados, preferencialmente via Portal, por um cirurgião-dentista credenciado ou clínica odontológica credenciada, respeitando as regras de relacionamento que estabelecemos, e são classificados como pequeno risco.

**1.4** A participação financeira do beneficiário respeitará a tabela de pequeno risco, de acordo com a faixa salarial. Para procedimento da especialidade de ortodontia e ortopedia funcional dos maxilares, a participação no custeio dos serviços realizados é de 50%, seja qual for a classe de renda do titular.

**1.5** O profissional credenciado não poderá cobrar ou negociar valores com o beneficiário para procedimentos para os quais é credenciado para realizar, exceto nas seguintes situações:

**1.5.1 Tratamento ortodôntico:** quando ocorrer a finalização da participação financeira do plano após esgotamento das manutenções mensais previstas no tipo de tratamento ortodôntico, e o beneficiário optar pela continuidade do tratamento com o profissional.

**1.5.2 Quebra ou perda de aparelhos:** quando houver, será permitida a cobrança do novo aparelho.

**1.6** Os procedimentos odontológicos, quando realizados pela modalidade de livre escolha, deverão seguir as mesmas normas de cobertura e de utilização do plano, bem como os critérios técnicos e administrativos exigidos para os procedimentos realizados na modalidade de escolha dirigida.

**1.7** Para reembolso dos tratamentos realizados pela modalidade de livre escolha, serão considerados os valores informados na Tabela de Referência disponível no Portal do Beneficiário, em Financeiro > Reembolso > Tabela de Referência, descontando o percentual de participação financeira do beneficiário.

**1.8** Para mais informações sobre reembolso, consultar a cartilha de reembolso livre escolha, disponível no Portal Saúde Petrobras (Serviços > Reembolso).

**1.9** Será aplicada a participação no custeio do beneficiário nos seguintes casos:

**1.9.1** Abandono de tratamento, quando a prestação do serviço do dentista já houver sido entregue/realizada e a Operadora tenha realizado o pagamento conforme contrato. Exemplo: não comparecer para instalação da prótese e finalização do tratamento ortodôntico.

**1.9.2** É dever do dentista credenciado verificar a elegibilidade do beneficiário antes de qualquer tratamento odontológico, ainda que se trate de tratamento seriado. Quaisquer tratamentos realizados por beneficiários inelegíveis ao plano não serão cobertos.

## 2. CARÊNCIAS

**2.1** O período de carência previsto para os atendimentos de odontologia é de 180 dias a contar da data de reinclusão no sistema da operadora, conforme previsto na Cláusula 20ª do Regulamento do Plano AMS (Saúde Petrobras).

**2.2** Os beneficiários do plano AMS somente terão acesso às coberturas de odontologia do plano (rol ou extrarrol) após cumprido o prazo de carência de 180 dias após o reingresso no Plano AMS.

**2.3** Não serão garantidos, pagos ou reembolsados qualquer procedimento ou código odontológico eletivo e/ou de urgência e emergência realizado pelo beneficiário durante os períodos de carências.

## 3. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA

**3.1** Os procedimentos odontológicos de urgência/emergência são aqueles que necessitam de atendimento imediato e podem ser realizados em pronto socorro odontológico (exemplos: hemorragia, dor intensa, recolocação de próteses, entre outros).

**3.1.1** Após esse atendimento, o paciente deve procurar o clínico geral para continuar o tratamento definitivo.

**3.2** Os planos operados pela Saúde Petrobras consideram atendimentos odontológicos de urgência/emergência aqueles que se destinam a melhorar ou controlar situações de agravo à saúde, com origem na cavidade oral, que, por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento imediato. Tal situação não configura, entretanto, risco iminente de vida.

**3.2.1** Os procedimentos odontológicos abaixo são considerados como procedimentos de urgência e emergência odontológica, se caracterizado atendimento imediato:

- Colagem de fragmentos dentários;
- Colocação de coroa provisória imediata adesiva;
- Conserto de prótese total ou parcial;

- Atendimento imediato para tratar odontalgia aguda;
- Exodontia;
- Imobilização dentária temporária;
- Incisão e drenagem de abscesso (intraoral e/ou extraoral);
- Pulpotomia e pulpectomia;
- Recolocação e Remoção de trabalhos protéticos;
- Redução de fraturas alvéolo-dentárias;
- Reimplante de dente avulsionado;

- Remoção de núcleo intrarradicular;
- Reparo estético de prótese fixa;
- Restauração (qualquer material);
- Restauração temporária;
- Sutura;
- Tratamento de alveolite;
- Tratamento de hemorragia;
- Tratamento de processo agudo (abscesso periodontal, GUN, Gengivostomatite herpética, pericoronarite, etc).

**3.3** As emergências e urgências odontológicas são consideradas como procedimentos de custeio pelo Pequeno Risco.

**3.4** O atendimento odontológico de urgências/emergência, sem agendamento, é realizado nas clínicas/consultórios credenciados em Emergência Odontológica.

**3.4.1** Caso as clínicas e/ou consultórios odontológicos credenciados em outras especialidades se disponham a realizar o atendimento de emergência, poderão ser solicitados os procedimentos citados acima pelo profissional, de acordo com sua especialidade e seu contrato com a operadora.

## 4. COBERTURA EM ODONTOLOGIA

**4.1** A cobertura para procedimentos de odontologia segue a prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para segmentação odontológica, além de alguns procedimentos extrarol (cobertura regida pelas disposições contratuais) nas especialidades de Ortodontia, Implantodontia, Prótese Dentária e Imaginologia e Radiologia odontológica.

**4.2** A cobertura prevista no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS poderá ser garantida com qualquer especialidade odontológica apta realizar atendimento dos procedimentos listados no referido rol

**4.3** Os procedimentos odontológicos cobertos incluem as seguintes especialidades:

- Clínica Odontológica/Clínica geral
- Odontopediatria
- Ortodontia
- Ortopedia funcional dos maxilares
- Periodontia
- Implantodontia
- Endodontia
- Prótese dentária

- Cirurgia bucomaxilofacial
- Radiologia/Imaginologia odontológica
- Estomatologia/patologia bucal
- Odontologia para pacientes com necessidades especiais

**4.4** Estão incluídos exames de diagnóstico, como radiografias, tomografia cone beam (por sextante ou arcada) e documentações ortodônticas, necessários para a realização dos tratamentos cobertos.

## 5. PROCEDIMENTOS PARA SE SUBMETER A UM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

### 5.1 Escolha dirigida/rede credenciada:

**5.1.1** Procure um dentista da nossa rede credenciada para uma consulta inicial de diagnóstico e planejamento do tratamento. O profissional deverá entrar em contato conosco para solicitar autorização dos procedimentos indicados, através do Portal TISS.

**5.1.2** Os procedimentos cobertos incluem todos os materiais necessários para sua execução, inclusive a etapa laboratorial.

### 5.2 Livre escolha/reembolso:

**5.2.1** Escolha o profissional não credenciado de sua preferência e solicite que ele faça um relatório descritivo contendo o detalhamento diagnóstico, os procedimentos a serem realizados e os valores pagos pelo tratamento de forma discriminada.

**5.2.2** Após a realização dos atendimentos de forma particular, solicitar o reembolso à Operadora anexando os documentos necessários no Portal do Beneficiário.

**5.2.4** Para informações sobre reembolso, bem como quais são os documentos necessários, consultar a cartilha de reembolso livre escolha-no [Portal do Beneficiário](#).

## 6. AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

**6.1** A autorização de tratamento odontológico é concedida com base nas regras do plano e nos critérios técnicos e administrativos estabelecidos.

**6.2** Devem ser observadas e respeitadas todas as regras estabelecidas no regulamento e nesta cartilha para a concessão das autorizações.

**6.3** A maioria dos procedimentos odontológicos cobertos requer autorização prévia, excetuando-se as consultas e atendimentos de emergência.

**6.4** Qualquer tratamento complementar ao plano já autorizado, independentemente de seu valor, deverá ser submetido, antes de sua realização, à nossa autorização, sem a qual não será pago.

**6.5** Para obter a autorização prévia, o credenciado deverá solicitá-la através do portal TISS no endereço [Portal TISS Saúde Petrobras \(saudepetrobras.com.br\)](http://Portal TISS Saúde Petrobras (saudepetrobras.com.br))

**6.6** Para reembolso, não há necessidade de autorização prévia, no entanto, as regras de cobertura e análise técnica serão efetuadas.

**6.7** A inexistência dos requisitos de cobertura e/ou de documentos necessários à análise poderá ensejar a negativa de reembolso

## 7. AUDITORIAS ODONTOLÓGICAS

**7.1** Não realizamos mais auditorias odontológicas presenciais (aquelas em que é necessário a presença do beneficiário para exame clínico por um profissional auditor) nos fluxos regulares de seus tratamentos, tanto nas modalidades de escolha dirigida (rede credenciada) como nas modalidades de livre escolha (reembolso).

**7.2** As auditorias, quando necessárias, se darão através de documentação técnica anexada (laudos, imagens, etc).

**7.3** Quaisquer exames radiográficos/tomográficos complementares exigido em auditorias documentais corresponde aquele já necessário para o correto diagnóstico e condução da terapêutica em análise. Assim, visando à proteção do beneficiário, nossas auditorias não utilizam exames radiográficos/tomográficos adicionais para seus fins.

### 7.4 Auditoria documental inicial:

Tem a finalidade de verificar a necessidade do tratamento, respeitando as diversas opções que podem ser tecnicamente aceitas para cada caso e a adequação da proposta às normas e critérios vigentes no plano. É feita através de relatórios e exames utilizados no diagnóstico enviado pelo profissional.

### 7.5 Auditoria documental final:

Tem como finalidade verificar a execução do tratamento autorizado e se esse atende a aceitáveis critérios da boa prática odontológica, bem como se está de acordo com as nossas normas e critérios. É feita através de relatórios e exames utilizados no controle pós-procedimentos, enviados pelo profissional.



### 7.5.1. Observações importantes:

- a) Nosso auditor poderá glosar itens do planejamento de tratamento proposto, em desenvolvimento ou concluído, desde que estejam inadequados ou fora das especificações técnicas pertinentes ao tratamento na forma como contratualizadas pela operadora. Casos considerados como iatrogenia ou má conduta não serão pagos pela Operadora.
- b) Poderá ser solicitada auditoria inicial e/ou final, mesmo quando o tratamento não exigir, caso a nossa equipe julgue necessário. Em alguns casos, está prevista a auditoria de acompanhamento, para avaliação do desenvolvimento de tratamentos já autorizados.
- c) A escolha de um profissional de livre escolha não isenta o beneficiário de ter seu tratamento submetido a auditorias caso se julgue necessário.

## 8. ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

**8.1. Clínica geral:** É a área que diagnostica e efetua a maior parte dos tratamentos odontológicos, como aplicação de procedimentos educativos, preventivos e terapêuticos (aplicação de flúor, profilaxia, restaurações). Este profissional também poderá encaminhar o paciente para um especialista caso seja necessário.

**8.2. Cirurgia bucomaxilofacial:** É a especialidade que realiza o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões de face, cirurgia oral maior e menor. Dentre os tratamentos realizados estão a remoção de dentes (inclusos ou do “siso”), raízes, correções ósseas, biópsias e cirurgias bucais.

**8.3. Endodontia:** É a especialidade que realiza o tratamento ou retratamento dos canais das raízes dos dentes.

**8.4. Estomatologia/Patologia bucal:** É a especialidade que, através de sinais e sintomas dos pacientes, diagnostica e trata lesões benignas ou malignas da cavidade bucal.

**8.5. Odontopediatria:** É a especialidade que realiza diagnóstico, prevenção, tratamento e controle dos problemas de saúde bucal do bebê, da criança e do adolescente até 18 anos.

**8.6. Ortodontia e ortopedia facial:** É a especialidade que trata da prevenção e correção do mal posicionamento dos dentes e dos ossos da face, por meio do uso de aparelhos ortodônticos e ortopédicos.

**8.7. Odontologia para pacientes com necessidades especiais:** É a especialidade que cuida de pacientes que tenham alguma deficiência intelectual, física, motora ou que necessitem de um cuidado especial. O especialista terá um olhar global sobre o tratamento odontológico e sua relação com medicamentos e possíveis interações com seu quadro.

**8.8. Periodontia:** É a especialidade que trata das doenças da gengiva e do osso de suporte dos dentes. Realiza prevenção e o tratamento, como por exemplo a remoção do tártaro e inflamações na gengiva.

**8.9. Prótese:** É a especialidade que recupera os dentes perdidos ou parcialmente destruídos por peças dentárias artificiais. Essas próteses podem ser coroas unitárias, próteses parciais fixas ou removíveis ou prótese total (dentadura).

**8.10. Radiologia odontológica e imaginologia:** É a especialidade que realiza os exames de diagnóstico através das radiografias odontológicas (raio-x) e tomografias computadorizadas com finalidade diagnóstica, de acompanhamento e de documentação.

**8.11. Implantodontia:** É a especialidade que tem como objetivo a reposição de dentes perdidos através de implantes dentários que visam fornecer suporte para a reabilitação por próteses unitárias, parciais ou totais, podendo ser fixas ou removíveis.

**8.12. Urgências odontológicas:** De acordo com o disposto no item **3. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA**

## 9. REGRAS DE UTILIZAÇÃO

**9.1** Para os procedimentos que exigirem radiografia inicial, recomendamos que os exames sejam realizados em até 180 dias, para apoio no esclarecimento, diagnóstico e orientação terapêutica, em função da necessidade de avaliação da situação clínica atual do beneficiário.

### 9.2 ODONTOLOGIA EM AMBIENTE HOSPITALAR

**9.2.1** Prevemos a cobertura de procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob internação ou day clinic/hospital-dia, desde que:

- a) Haja imperativo clínico que justifique essa indicação pelo dentista assistente;
- b) Este quadro clínico esteja previsto como hipótese de cobertura hospitalar;
- c) Nos casos de reinclusão, observadas as exceções, já tenham sido cumpridos os períodos de carência tanto de 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, quanto de 180 (cento e oitenta) dias para os demais atendimentos (exceto parto a termo).

**9.2.2** Essa indicação será obrigatoriamente avaliada pela regulação odontológica da operadora, excetuando-se dessa cobertura hospitalar os procedimentos de preparo e execução relativos à especialidade de implantodontia (cobertura extrarol).

**9.2.3** São exemplos de indicações para atendimento odontológico em ambiente hospitalar:

- a) Controle de comportamento.
- b) Atendimento a deficientes físicos.
- c) Condições médicas de alto risco (acompanhar laudo médico com a descrição dessa condição).
- d) Anestesia local impossibilitada, por exemplo, em caso de infecção grave.
- e) Tratamentos clínicos odontológicos em pacientes com necessidades especiais e que precisem de anestesia para sua realização.

**9.2.4** A caracterização dessas condições ficará a cargo de profissional habilitado, médico ou dentista assistente, cujo laudo detalhado e conclusivo será avaliado pela equipe técnica da Operadora.

**9.2.5** A cobertura hospitalar para os procedimentos exclusivamente odontológicos ocorrerá pelo pequeno risco, mesmo nas situações listadas no item **9.2.3**.

**9.2.6** No caso de tratamento odontológico ambulatorial realizado em paciente internado (inclusive em acomodação do tipo day clinic/hospital), os honorários profissionais poderão ser acrescidos de 100%, o que significa que o valor referente à coparticipação poderá ser superior ao tratamento realizado em ambulatório, ficando a Saúde Petrobras responsável por checar e controlar essas autorizações.

- a) O mesmo critério de honorários médico acrescidos de 100% se aplica aos tratamentos odontológicos realizados em beneficiários que estejam restritos ao domicílio, inscritos ou não no PAD, desde que comprovada por atestado médico a impossibilidade de comparecer ao consultório odontológico;

**9.2.7** Os atendimentos previstos no item **9.2.6** possuem caráter ambulatorial de forma que haverá coparticipação pelo pequeno risco, podendo ser superior ao tratamento realizado em ambulatório em razão do valor maior dos honorários

## **9.3 CONSULTA E DIAGNÓSTICO**

### **9.3.1. Consulta odontológica:**

- a) Deve ser solicitada na primeira visita do beneficiário ao consultório para elaboração do plano de tratamento odontológico;

- b) Este código poderá ser utilizado em consultas na qual não seja executado nenhum procedimento clínico;
- c) Poderá ser solicitada para acompanhamento de tratamento ortodôntico passivo e nos casos de acompanhamento após a retirada do aparelho ortodôntico (contenção);
- d) Poderá ser solicitado para revisão das placas interoclusais (exemplo: placa de bruxismo);

**9.3.1 Consulta odontológica de urgência:** Atendimento sem agendamento prévio, para realização de situações de urgência

**9.3.2 Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais (antigo parecer do estomatologista):** Parecer dado pelo estomatologista após exame clínico e exame histopatológico para diagnóstico de lesões benignas ou malignas da cavidade bucal.

**9.3.3 Aplicação de laser terapêutico:** É um procedimento extrarrol, sem cobertura obrigatória no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, contudo garantido através do plano mediante as indicações descritas abaixo:

- a) Poderá ser utilizado para profilaxia/tratamento de mucosite oral relacionados à quimio/radioterapia em pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, ou câncer hematopoiético.
- b) Só poderá ser realizado por profissionais com habilitação pelo CRO (Conselho Regional de Odontologia) para aplicação de laser.
- c) É necessário encaminhar relatório do cirurgião dentista e laudo médico do oncologista solicitante, que acompanham o beneficiário.

## 9.4 ATENDIMENTO DOMICILIAR

**9.4.1** Trata-se de uma garantia extrarrol destinada de forma exclusiva aos beneficiários do Plano AMS - Assistência Multidisciplinar de Saúde (Saúde Petrobras), conforme condições abaixo:

- a) Se devidamente comprovada, através de laudo médico, a condição do paciente de “restrito ao lar”, poderá ser autorizado tratamento odontológico e caberá valor de tabela dobrado para os procedimentos odontológicos realizados naquela condição pela escolha dirigida;

**9.4.2** Os procedimentos incluídos nesta cobertura extrarrol: consultas, raspagem supragengival, terapêutica básica e aplicação de flúor.

**9.4.3** Os procedimentos incluídos nesta cobertura extrarrol devem ser realizados por profissionais credenciados para atendimento domiciliar através de pacotes firmados com esses prestadores, sem possibilidade de realização através da livre escolha de prestador

**9.4.4** Caso haja necessidade de efetuar qualquer outro procedimento odontológico diferente daqueles previstos nos itens **9.4.2 e 9.4.3**, a demanda deverá ser encaminhada à Saúde Petrobras para análise técnica odontológica e autorização prévia, que avaliará a possibilidade de realizá-lo no domicílio ou se indicará a remoção para realização em ambulatório ou até em ambiente hospitalar.

- a) Neste caso, poderá ser utilizada a livre escolha, contudo, se **não** estiverem presentes os requisitos de cobertura, o reembolso poderá ser negado;
- b) Para reembolso dos tratamentos realizados pela modalidade de livre escolha, serão considerados os valores informados na Tabela de Referência disponível no Portal do Beneficiário, em Financeiro > Reembolso > Tabela de Referência, descontando o percentual de participação financeira do beneficiário.

## **9.5 CIRURGIA**

**9.5.1** Estão previstas as coberturas obrigatórias no rol de procedimentos da ANS, como remoção de dentes (exodontias), biópsia e retirada de lesões, enxertos, entre outras cirurgias.

### **9.5.1 Remoção de dentes em hospital:**

- a) Remoção de dentes inclusos, de difícil realização técnica em consultório, por posição do dente, imperativo clínico ou tamanho dos elementos a serem abordados. Deve ser solicitado laudo do cirurgião contendo:
- b) Informação e justificativa da indicação cirúrgica e motivos de impossibilidade de realização em caráter ambulatorial - imperativo clínico descrito no laudo do profissional solicitante, abordando dificuldade técnica definida pela análise da radiografia panorâmica, tomografia ou outro exame de imagem que julgar pertinente
- c) Planejamento dos dentes ou elementos dentários a serem retirados.

**Observação:** verificar item **9.2 (Odontologia em ambiente hospitalar)**.

### **9.5.2 Cirurgias ortognáticas:**

- a) Para análise desses casos, será necessária a apresentação do laudo de profissional especialista em ortodontia, incluindo dois aspectos:
  - (i) Apresentação do ortodontista como o responsável ortodôntico pelo caso.
  - (ii) Concordância da indicação da cirurgia em análise (ortognática) e de sua realização naquele momento, através de laudo do profissional informando que o beneficiário está pronto para a cirurgia.

### 9.5.3 Cirurgias da articulação têmporo-mandibular (ATM):

- a) O tratamento conservador é o padrão de tratamento inicial para pacientes com disfunção da articulação têmporo-mandibular e deve ser tentado exaustivamente.
- b) A indicação de cirurgia pelo dentista deve ser realizada com a presença de laudos, exames de imagem, relatórios com descrição do tipo e duração dos tratamentos conservadores já realizados por fisioterapeuta/dentista.

### 9.5.4 Cirurgias para ancoragem ortodôntica do tipo miniplacas ou mini-implantes:

- a) Trata-se de cobertura extrarrol
- b) Não terão cobertura para realização hospitalar e não poderão ser cobradas separadamente, quando realizadas em consultório.
- c) Os pacotes de tratamento ortodôntico incluem todos os aparatos necessários para o andamento do tratamento.
- d) Os mini-implantes e mini placas estão inclusos nos pacotes de tratamentos ortodônticos cobertos pela Saúde Petrobras.

### 9.5.5 Cirurgias prévias a instalação de implantes:

- a) Trata-se de cobertura extrarrol
- b) A preparação óssea com enxertos, membranas levantamento de seios maxilares para ganho ósseo e posterior instalação de implantes serão autorizadas somente em consultório.
- c) Não serão autorizadas em ambiente hospitalar, assim como a instalação de implantes e próteses sobre implantes.

## 9.6 IMPLANTODONTIA

**9.6.1 Implantodontia não possui cobertura obrigatória pela ANS:** previsto no Regulamento do Plano de Saúde da Saúde Petrobras como uma cobertura adicional e condicionada a determinados requisitos e regras.

**9.6.2** Procedimentos para reposição de dente(s) perdido(s) com o uso de implantes osseointegrados instalados na mandíbula e na maxila, destinados a suportar prótese unitárias, parciais ou totais, fixas ou removíveis.

**9.6.3** O tratamento com implante dentário é realizado em 2 etapas:

- a) Cirúrgica: para instalação do implante.
- b) Protética: para instalação da prótese provisória e/ou definitiva, sobre implante.

**9.6.4** A indicação do tratamento com implantes vai depender da saúde bucal do paciente, quantidade e qualidade óssea, número e localização dos dentes, entre outros fatores que devem ser avaliados.

**9.6.5** É de responsabilidade do profissional executante a repetição da instalação em caso de insucesso de osseointegração pós-cirúrgica. O período em que se pode verificar osseointegração ou insucesso do implante compreende em um período de aproximadamente 3 meses após a cirurgia.

**9.6.6** Terão direito a realizar os procedimentos da especialidade de Implantodontia, tanto pela modalidade de escolha dirigida (rede credenciada) quanto pela livre escolha (reembolso), os beneficiários com idade igual ou superior a 18 anos (a limitação de idade se dá devido à contraindicação de realização do tratamento em pacientes em processo de crescimento ósseo) e desde que não apresentem, na anamnese, exames radiográficos, exame clínico-odontológico e análise de relatórios médicos ou odontológicos, uma das seguintes condições:

- a) Doença debilitante ou não controlada.
- b) Gravidez.
- c) Radioterapia cujo término tenha ocorrido em prazo inferior a 6 meses.
- d) Desordens psiquiátricas que interfiram nos procedimentos necessários para a manutenção do implante - solicitar o procedimento apenas quando o relatório médico for favorável à realização do serviço.
- e) Hipersensibilidade do paciente aos componentes específicos do implante
- f) Higiene oral inadequada.
- g) Doença periodontal ativa (não controlada).
- h) Lesão intraóssea ou do tecido mole na região receptor.
- i) Inadequado espaço protético interoclusal ou mesiodistal.

### 9.6.7 IMPLANTODONTIA - ETAPA CIRÚRGICA

**a) Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico (antigo Planejamento cirúrgico):** É o planejamento da reabilitação através de implantes dentários. Inclui:

- (i) Anamnese;
- (ii) Exame clínico;
- (iii) Planejamento completo do tratamento;
- (iv) Formulário do Planejamento de Tratamento Implantodontia, preenchido e assinado, tanto pelo profissional quanto pelo beneficiário; e
- (v) Preparação dos modelos de diagnóstico, quando necessário.

**b)** A solicitação do planejamento deve estar acompanhada dos códigos de tratamento a serem realizados.

**Observação:** nos casos em que haja a predeterminação de que a etapa protética será executada por outro profissional, o implantodontista responsável pela execução da etapa cirúrgica deverá preencher e assinar os campos referentes à etapa protética (Formulário do

Planejamento de Tratamento - Implantodontia), expondo claramente sua previsão terapêutica e acrescentando relatórios, quando houver necessidade.

Complementarmente, deverá mencionar junto à sua assinatura, o nome completo do profissional protésista definido, junto aos seus dados de contato (telefone e e-mail).

- c) **Guia cirúrgico para implante:** Procedimento clínico-laboratorial que compreende a confecção de guias pré e/ou transoperatórios para a realização dos implantes. Inclui todo material necessário à sua confecção.
- d) **Cirurgia odontológica a retalho:** Após a exodontia pode haver necessidade de enxerto ósseo - com ou sem membrana. Inclui:
  - (i) os materiais necessários, como enxertos e membranas, para a recuperação dos tecidos;
  - (ii) e posterior instalação dos implantes, que não podem ser solicitados concomitantemente a essa técnica de reparo ósseo.
- e) **Enxerto com osso liofilizado:** Técnica que utiliza osso liofilizado para reparação dos rebordos ósseos e instalação dos implantes.
  - (i) Não pode ser solicitado concomitante a outras técnicas de aumento de rebordo ou espessura óssea.
  - (ii) Prazo de repetição: 1 na vida, por sextante.
- f) **Enxertos com osso autógeno (do próprio paciente):** Nessa técnica é retirado um bloco ósseo da região do mento ou mandíbula e fixado em área com pouco osso para posteriormente receber os implantes.
  - (i) Após realização desse procedimento, deve-se aguardar 03 (três) meses para a instalação dos implantes.
- g) **Levantamento do seio maxilar:** Técnica para levantar o assoalho do seio maxilar, recompor a estrutura óssea para após seis meses instalar os implantes.
  - (i) Prazo de repetição: 1 na vida, por hemiarcada superior.
- h) **Instalação de implante com levantamento atraumático de seio maxilar, com enxerto:** Procedimento cirúrgico menos invasivo que permite aumentar a altura óssea em região posterior da maxila. Consiste em fazer expansões ósseas, deslocando o tecido ósseo no sentido apical com colocação de enxerto e instalação do implante dentário no mesmo ato cirúrgico. Nesses casos, a quantidade óssea existente permitirá a instalação de implante concomitante ao levantamento de seio maxilar.



- (i) Prazo de repetição: 1 na vida, por dente perdido, restrito ao grupo de dentes pré-molares e molares superiores.

**i) Implante ósseo integrado:** Instalação de implante dentário ósseo integrado

- (i) limitado a uma ocorrência por vida, em cada espaço dentário.
- (ii) Poderá ser autorizado após 3 meses da data de realização dos procedimentos de enxertia utilizando enxerto autógenos (82000581 e 82000603) e após 6 meses da data de realização dos procedimentos de levantamento de seio maxilar (82001049 e 82001057).
- (iii) Prazo de repetição: 1 na vida, por dente perdido.

**j) Reabertura - colocação de cicatrizador:** Inclui a colocação do cicatrizador/abutment.

- (i) O procedimento também poderá ser utilizado pelo profissional que realizará a etapa protética, caso seja este que venha a fazer a abertura.
- (ii) Prazo de repetição: 1 na vida, por dente perdido.

**k) Remoção de implante dentário não osseointegrado:**

- (i) Deverá ser solicitado também para implantes osseointegrados insatisfatórios, como posicionamentos iatrogênicos e fraturas, mediante laudo com justificativa da indicação da explantação (remoção).
- (ii) A autorização para a remoção do implante não caracteriza uma nova autorização de implante na mesma região.
- (iii) Prazo de repetição: 1 na vida, por implante perdido.

**Observação:** todos os procedimentos acima listados incluem a utilização dos materiais necessários ao procedimento, inclusive a utilização de biomateriais, membranas, enxertos, implantes, parafusos de cobertura ou cicatrizadores.

**Importante:** Não estão previstas repetições de procedimentos de implantodontia na mesma região/espaço alveolar.

### 9.6.8 IMPLANTODONTIA - ETAPA PROTÉTICA

**a) Planejamento em Prótese (antigo Planejamento protético - implante dentário):**

- (i) Nos casos em que o tratamento cirúrgico inicial tenha sido realizado por outro profissional, o beneficiário deverá obter uma cópia do “Formulário do Plano de

Tratamento - Implantodontia” emitida pelo implantodontista responsável pela etapa cirúrgica, e entregar ao profissional reabilitador para emissão do planejamento protético para enviar junto à documentação solicitada.

- (ii) Deve ser preenchido o “Termo de Esclarecimento - Implantodontia”.
- (iii) A solicitação do planejamento deve estar acompanhada dos códigos de tratamento a serem realizados.

**b) Coroa provisória sobre implante:** Tipo de prótese provisória instalada sobre os implantes unitários.

- (i) Inclui os componentes protéticos provisórios e o trabalho do laboratório, quando necessário.
- (ii) No caso de realização de prótese tipo Protocolo Branemark, os provisórios já estão incluídos no procedimento solicitado e não poderão ser solicitados individualmente.
- (iii) Prazo de repetição: 1 a cada 10 anos.

**c) Coroa provisória sobre implante com carga imediata:** Tipo de prótese provisória instalada sobre implantes unitários no mesmo momento do ato cirúrgico de instalação do implante.

- (i) Inclui os componentes protéticos e o trabalho do laboratório, quando necessário.
- (ii) No caso de realização de prótese tipo protocolo branemark, os provisórios já estão incluídos no procedimento solicitado e não poderão ser solicitados individualmente. Não há cobertura para Protocolo Branemark com carga imediata.
- (iii) Prazo de repetição: 1 a cada 10 anos.

**d) Coroa total metalocerâmica sobre implante:** Tipo de prótese instalada sobre implantes.

- (i) Inclui os componentes protéticos e o trabalho do laboratório, quando necessário.
- (ii) Prazo de repetição: 1 a cada 10 anos.

**e) Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerâmica:** Tipo de prótese instalada sobre implantes.

- (i) Inclui os componentes protéticos e o trabalho do laboratório, quando necessário.
- (ii) Prazo de repetição: 1 a cada 10 anos.

**f) Prótese parcial fixa implanto suportada:** Tipo de prótese instalada sobre implantes.

- (i) Inclui os componentes protéticos e o trabalho do laboratório, quando necessário.
- (ii) Não deverá ser utilizada em reabilitações de edêntulos totais ou quase totais (preferência para utilização do protocolo Branemark).

Prazo de repetição: 1 a cada 10 anos.

**g) Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes:** Tipo de prótese instalada sobre implantes.

- (i) Inclui os componentes protéticos, cliques, o'rings e trabalho do laboratório.
- (ii) Não há cobertura para overdenture com carga imediata.

Prazo de repetição: 1 a cada 6 anos.

**h) Overdenture barra clipe ou o'ring sobre três implantes:** Tipo de prótese instalada sobre implantes.

- (i) Inclui os componentes protéticos, cliques, o'rings e trabalho do laboratório.
- (ii) Não há cobertura para overdenture com carga imediata;
- (iii) Prazo de repetição: 1 a cada 6 anos.

**i) Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes:** Tipo de prótese instalada sobre implantes.

- (i) Inclui os componentes protéticos, cliques, o'rings e trabalho do laboratório.
- (ii) Não há cobertura para overdenture com carga imediata.
- (iii) Prazo de repetição: 1 a cada 6 anos.

**j) Protocolo Branemark para 4 implantes:** Tipo de prótese instalada sobre implantes.

- (i) Deverá ser solicitado para reabilitações totais fixas de edêntulos totais e/ou quase totais.
- (ii) Inclui o provisório da prótese, os componentes protéticos e o trabalho do laboratório.
- (iii) Não há cobertura para protocolo Branemark com carga imediata.
- (iv) O procedimento não pode ser realizado com menos de 4 implantes.
- (v) Prazo de repetição: 1 a cada 10 anos.
- (vi) Quando for necessária a troca do Protocolo Branemark, após o prazo estipulado, é indispensável a troca da barra metálica.

**h) Protocolo Branemark para 5 implantes ou mais:** Tipo de prótese instalada sobre implantes.

**(i)** Deverá ser solicitado para reabilitações totais fixas de edêntulos totais e/ou quase totais.

**(ii)** Inclui o provisório da prótese, os componentes protéticos e o trabalho do laboratório.

**(iii)** Não há cobertura para protocolo Branemark com carga imediata.

**(iv)** Prazo de repetição: 1 a cada 10 anos.

**(v)** Quando for necessária a troca do Protocolo Branemark, após o prazo estipulado, é indispensável a troca da barra metálica.

**i) Remoção de trabalho protético (antigo Remoção de prótese sobre implante):**

**(i)** Indicado nos casos de desconforto, fratura da prótese e outras intercorrências em que a substituição da prótese sobre implante esteja indicada ou em casos de necessidade de afrouxamentos dos munhões de próteses sobre implante cimentadas que se encontrem fixas.

**(ii)** A recimentação da prótese sobre implante já está incluída no procedimento.

**Observação:** Para todos os procedimentos previstos no item **9.6.8 IMPLANTODONTIA - ETAPA PROTÉTICA**, caso o beneficiário opte pelo uso de materiais não contemplados na cobertura, não haverá participação financeira do plano.

**j) Documentos utilizados em Implantodontia:**

**(i)** Termo de Esclarecimento - Implantodontia: documento em que constam as regras estabelecidas pela Saúde Petrobras em relação à cobertura, participação financeira e procedimentos não cobertos em Implantodontia. Deverá ser assinado pelo beneficiário titular ou qualquer de seus dependentes autorizados.

**(ii)** Formulário do Plano de Tratamento-Implantodontia: documento preenchido pelo dentista que tem como objetivo primordial garantir um planejamento integrado para as duas etapas (cirúrgica e protética) do tratamento com implante, sendo fundamental também no momento da auditoria, uma vez que auxilia o auditor a compreender a proposta de tratamento definida pelo dentista.

**TERMO DE ESCLARECIMENTO IMPLANTODONTIA**

Informações sobre a cobertura da especialidade de Implantodontia pela Saúde Petrobras

- 1) Poderá ser realizado 01 implante, por vida, para cada dente perdido, a qualquer tempo.
- 2) A participação do beneficiário será pela tabela de Pequeno Risco de acordo com a faixa salarial.
- 3) Não terão cobertura: Aumento de rebordo utilizando plasma rico em plaquetas (PRP); enxerto conjuntivo subepitelial; implante zigomático; implantes agulhados; implantes subperiosteos; realização de procedimentos de implantodontia em domicílio; realização de qualquer etapa do tratamento de implantodontia em regime hospitalar (preparo ósseo, instalação dos implantes e reabilitação com próteses sobre implante); regeneração tecidual guiada (RTG); reposicionamento do nervo alveolar inferior; sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em Odontologia; sedação medicamentosa ambulatorial em Odontologia; união denteimplante.
- 4) Os pacientes candidatos a reabilitação com implantes devem estar envolvidos em um plano de manutenção periodontal e acompanhamento constante da prótese a fim de garantir a sustentabilidade à longo prazo da reabilitação.
- 5) Mesmo com o emprego da mais rigorosa técnica cirúrgica, o procedimento de instalação de implantes apresenta risco de falha.
- 6) Os cuidados prescritos pelo cirurgião-dentista após a realização do(s) procedimentos(s) deverão ser criteriosamente seguidos pelo beneficiário.
- 7) Fui advertido sobre limitações do sucesso da prótese sobre implante, frente ao tipo de alimentação inadequada para prótese desta complexidade. Comprometo-me a comparecer as visitas regulares para controle e acompanhamento sob risco de comprometer o tratamento e longevidade da prótese e dos implantes.

Recebi orientações sobre a cobertura de Implantodontia pela Saúde Petrobras, estou ciente e de acordo.

Não concordo com o exposto e solicito cancelamento da autorização acima.

Nome: \_\_\_\_\_

Carteirinha: \_\_\_\_\_

Data:    /    /   

Assinatura do Beneficiário

Assinatura e carimbo do Profissional

**Formulário do Plano de Tratamento - Implantodontia**

Beneficiário:		Data do plano de tratamento:													
Carteirinha:		Idade:													
PROFISSIONAL FASE CIRÚRGICA:															
CPF/CNPJ:															
PREPARO ÓSSEO:															
<input type="checkbox"/> Exodontia com enxerto		Espessura óssea esperada (mm):													
<input type="checkbox"/> Aumento de rebordo (autógeno e alógeno)		Espessura óssea esperada (mm):													
<input type="checkbox"/> Elevação do assoalho do seio maxilar		Espessura óssea esperada (mm):													
SISTEMAS DE IMPLANTES (marca):		QUANTIDADE DE IMPLANTES:													
LOCALIZAÇÃO DOS IMPLANTES: COMPRIMENTO E DIÂMETRO DOS IMPLANTES POR REGIÃO: mmXmm (preencher no local correspondente ao elemento dentário)															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<b>COMPRIMENTO E DIÂMETRO DOS IMPLANTES POR REGIÃO (cada elemento) mmXmm</b>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Caso haja necessidade de preparo ósseo, o profissional deverá preencher o campo "comprimento e diâmetro dos implantes por região" com medidas aproximadas de acordo com a espessura óssea esperada. Essas medidas poderão ser alteradas posteriormente à cicatrização óssea, no campo OBSERVAÇÕES, no verso deste formulário, com a devida justificativa.															
PLATAFORMA tipo: <input type="checkbox"/> Hexágono externo <input type="checkbox"/> Hexágono interno <input type="checkbox"/> Cone Morse <input type="checkbox"/> Outros: _____															
PLATAFORMA tamanho (mm): _____															
PROFISSIONAL FASE PROTÉTICA:															
CPF/CNPJ:															
TIPO DE PRÓTESE: <input type="checkbox"/> unitário <input type="checkbox"/> prótese fixa <input type="checkbox"/> protocolo tipo Branemark <input type="checkbox"/> overdenture															
Sistema utilizado (marca): _____															
<input type="checkbox"/> cimentada <input type="checkbox"/> parafusada															
Nº ELEMENTOS:															
assinatura e carimbo - fase cirúrgica:								Data:		Dados de saúde:					
										<input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Tabagismo					
assinatura e carimbo - fase protética:								Data:		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão					
										<input type="checkbox"/> Outros: _____					

## 9.7 DENTÍSTICA / RESTAURAÇÕES

- 9.7.1 Existe cobertura para a realização de restaurações em amálgama de prata, ionômero de vidro e resina fotopolimerizável.
- 9.7.2 Os materiais necessários para a execução estão inclusos no valor dos procedimentos.
- 9.7.3 A solicitação de autorização depende do tipo de material a ser utilizado e quantidade de faces do dente envolvidas.

- a) Restauração em resina fotopolimerizável.
- b) Restauração em amálgama de prata.
- c) Restauração em ionômero de vidro.

### 9.7.4 Além dos procedimentos de restauração também estão previstos:

- a) **Dessensibilização dentária:** Deverá ser utilizada apenas como tratamento sintomático de hipersensibilidade dentinária.
- b) **Restauração temporária / tratamento expectante:** Consiste na não remoção total da cárie, devido ao risco de exposição pulpar e posteriormente é realizada restauração temporária.
- c) **Faceta direta em resina fotopolimerizável:** Indicada para corrigir alterações de cor, forma ou posição dentária, utilizando resina fotopolimerizável.

## 9.8 ENDODONTIA

- 9.8.1 Contempla a cobertura do tratamento de dentes decíduos (de leite) e permanentes e também o retratamento endodôntico, quando necessário.
- 9.8.2 Esses procedimentos exigem autorização prévia e auditoria final para análise de qualidade do tratamento realizado através da apresentação de laudo diagnóstico com justificativa terapêutica e radiografias iniciais e finais, que já estão incluídas no valor do procedimento.
- 9.8.3 A cobertura abrange os procedimentos de endodontia, independente da técnica (manual, rotatória, microscopia e outras)
- 9.8.4 O plano também oferece cobertura para os seguintes procedimentos na especialidade de endodontia.
  - a) **Tratamento de perfuração endodôntica:** Consiste no tratamento para selamento da perfuração radicular, via endodôntica. Inclui todo o material necessário e radiografias.

- (i) Exigida autorização prévia e auditoria final para análise de qualidade do tratamento realizado, através de laudo diagnóstico com justificativa terapêutica e radiografias iniciais e finais.
- b) **Curativo de demora em endodontia:** Consiste na aplicação de medicamento no interior do canal, quando o tratamento endodôntico não é concluído em sessão única.
- c) **Curativo endodôntico em situação de urgência:** Utilizado exclusivamente por clínicas de emergência odontológica. Indicado para proteger um dente quebrado, uma restauração ou um canal que ainda não está devidamente finalizado pelo profissional.
- d) **Pulpotomia:** Contempla a cobertura tanto para dente permanente como para dente decíduo (de leite).
  - (i) Consiste na remoção da porção coronária da polpa dentária em dente com vitalidade pulpar, excluindo a realização do tratamento endodôntico no mesmo ato operatório.
  - (ii) Inclui a colocação de medicação local e obturação provisória.
- e) **Pulpectomia:** Consiste no atendimento de casos de odontalgia aguda, com remoção completa da polpa dos canais radiculares, sem que o mesmo profissional dê continuidade ao tratamento endodôntico.
  - (i) Poderá ser realizado pelo endodontista desde que seja um caso de emergência (de acordo com o item URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA), e que se trate de um dente em que o mesmo credenciado não realizará o tratamento endodôntico ou se houver interrupção do tratamento por qualquer motivo.
- f) **Remoção de núcleo intrarradicular:** Consiste na remoção de núcleo intrarradicular, com a finalidade de retratamento endodôntico e/ou reabilitação protética.
- g) **Clareamento de dente desvitalizado:** Consiste na aplicação de agente clareador no interior do dente sem vitalidade.
  - (i) Previsto para dentes incisivos, caninos e primeiros pré-molares tratados endodonticamente.
  - (ii) Poderá ser realizado por maiores de 15 anos.
  - (iii) Prazo de repetição: 1 na vida, por dente permanente, até primeiro pré-molar.
- h) **Apicetomia:** Procedimento cirúrgico para remoção de lesão na região da raiz do dente e posterior remoção de uma parte da raiz, podendo realizar obturação da região.



- (i) Realizada auditoria final através da avaliação de laudo diagnóstico com justificativa terapêutica e radiografias iniciais e finais.
  - (ii) Inclui a colocação de medicação local e obturação provisória.
- i) **Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial:** Procedimento cirúrgico para drenagem de secreção infecciosa de origem bucal através de uma punção/incisão intrabucal, podendo ser necessária colocação de dreno.
  - j) **Remoção de corpo estranho intracanal:** Esse procedimento é necessário quando há presença de corpo estranho dentro do canal radicular (Ex: Núcleo fraturado, lima fraturada...) e que a presença deste não permite uma instrumentação satisfatória, gerando uma obturação deficiente.
  - k) **Preparo para núcleo intrarradicular:** Não poderá ser solicitado pelo profissional que realizou o tratamento endodôntico, já incluído no procedimento de tratamento/retratamento endodôntico.
  - l) **Curetagem apical:** Procedimento de curetagem de lesão apical, sem a realização de apicetomia, em dentes permanentes

## 9.9 ODONTOPEDIATRIA

**9.9.1 Condicionamento em odontologia:** Procedimento que pode ser realizado tanto em crianças de menor faixa etária quanto em pacientes com necessidades especiais que ainda não tiveram contato com dentista.

- a) Inclui a confecção da ficha clínica, exame, diagnóstico e plano de tratamento.
- b) O limite de idade para condicionamento em crianças é até 18 anos e não têm limite de idade para pacientes com necessidades especiais.

**9.9.1 Aplicação de cariostático:** Tratamento que visa interromper a atividade de cárie, devendo ser seguido de tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

**9.9.2 Coroa em dente decíduo:** Existe cobertura para realização de coroa de acetato, aço e policarbonato em dentes decíduos.

**9.9.3 Exodontia simples de decíduo:** Remoção de dentes “de leite” que não esfoliaram.

**9.9.4 Adequação do meio bucal (com ionômero/similar):** Consiste em aplicar medidas para recuperar o equilíbrio biológico perdido, lançando mão de procedimentos como restaurações atraumáticas, educação em saúde, raspagem, identificação e remoção de nichos de retenção.

**9.9.5 Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica:** Indicado para pacientes cujos movimentos involuntários constantes e distúrbios impedem seu posicionamento na cadeira odontológica, podendo ser utilizado também em pacientes com necessidades especiais.

- a) Os limites de idade para estabilização em crianças é até 18 anos e para pacientes com necessidades especiais não tem limite de idade.

**9.9.6 Ulotomia:** Consiste apenas em uma incisão na gengiva de elemento dentário não erupcionado para facilitar sua erupção ou proporcionar melhor higiene local.

**9.9.7 Atividade educativa (orientação preventiva):** Procedimento no qual o profissional realiza orientações sobre doenças bucais, nutrição e higiene, com demonstrações práticas de técnicas de higiene oral e evidênciação de placa bacteriana.

- a) O procedimento pode ser realizado para pais e/ou cuidadores (limite de idade é até 18 anos) e para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais (sem limite de idade);
- b) Recomendável a presença do responsável pelo menor na execução deste procedimento;
- c) Para maiores de 19 anos indicado a atividade educativa em saúde bucal.

**9.9.8 Aplicação de selante de fósulas e fissuras:** Consiste na aplicação de produtos ionoméricos, resinas fluídas, foto ou quimicamente polimerizadas nas fósulas e sulcos de dentes posteriores decíduos e/ou permanentes, visando formar uma barreira física entre a superfície do elemento dentário e o meio bucal.

**9.9.9 Controle de cárie incipiente:** Consulta para controle de cárie incipiente em pacientes de alto risco. Cobertura obrigatória quando incluir pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a) procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes;
- b) procedimento preventivo em fósulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.

**9.9.10 Remineralização:** Procedimento contempla todas as sessões e procedimentos necessários para a remineralização de cárie incipiente.

**9.9.11 Controle de biofilme (placa bacteriana):** Instrução de higiene oral com evidência da placa bacteriana, supervisão de escovação e uso do fio dental na prática.

## 9.10 ORTODONTIA

**9.10.1** A ortodontia não está prevista no rol da ANS, ou seja, trata-se de uma cobertura extrarrol.

**9.10.2** A cobertura para tratamentos ortodônticos é limitado a uma utilização por tipo de tratamento na vida e inclui todos os aparelhos que serão utilizados durante o tratamento, além da contenção ortodôntica, mesmo quando for preciso trocar o tipo de aparelho durante o tratamento.

**9.10.3** Não há cobertura somente para contenção ortodôntica, pois ela está incluída nos pacotes ortodônticos, sendo instalada ao final do tratamento, após a remoção do aparelho.

**9.10.4 Tratamentos ortodônticos com a técnica de alinhadores:** Os tratamentos ortodônticos com a técnica de alinhadores não apresentam cobertura e não poderão ser solicitados por similaridade com os códigos de tratamentos disponibilizados pelo plano.

**9.10.5** Prevemos 3 tipos de tratamentos ortodônticos/ortopédicos, cada qual com critérios de utilização específicos, sendo classificados em tipo I, tipo II, e parcial:

- a) **Tratamento tipo I:** inclui os procedimentos que têm como objetivo a correção das maloclusões desenvolvidas na dentição decídua (de leite) ou mista (dentes de leite e permanentes), respeitando os limites de idade que constam na tabela odontológica (início em beneficiários de 5 até 9 anos).
- b) **Tratamento tipo II:** inclui os procedimentos odontológicos que têm como objetivo a correção das maloclusões, independentemente da fase de desenvolvimento físico e da dentição em que se encontra o paciente, respeitando os limites de idade que constam na tabela odontológica (início em beneficiários a partir de 9 anos).
- c) **Tratamento parcial:** inclui os procedimentos odontológicos que devem ser utilizados quando os tratamentos tipo I ou tipo II não forem aplicáveis, tendo como objetivo realizar pequenos movimentos ortodônticos com finalidade protética ou periodontal, respeitando os limites de idade, com início a partir de 8 anos.

**9.10.6** Além dos tipos de tratamentos já citados, fornecemos cobertura para outros aparelhos (mantenedor de espaço fixo, mantenedor de espaço removível, plano inclinado e aparelho passivo reeducador e/ou impedidor de hábito), que não poderão ser solicitados concomitante com os tipos de tratamentos já citados.

### 9.10.7 Parcelas:

- a) A primeira parcela dos tratamentos corresponde à instalação do aparelho. Com a conclusão da autorização da “primeira parcela” e realizada a manutenção n° 1, o tratamento tem início efetivo. As demais parcelas obedecerão as regras, de acordo com o tipo de tratamento em curso.
- b) Para autorização da segunda parcela deve ser apresentado o laudo profissional com detalhamento do tratamento executado e condições prognósticas (relatório de ortodontia), também assinado pelo beneficiário ou responsável.
- c) Para encerramento do tratamento (segunda parcela do tratamento parcial ou terceira parcela dos tratamentos tipo I e tipo II), deve ser apresentado o laudo técnico atestando o término com a concordância assinada pelo beneficiário ou responsável (relatório de ortodontia e termo de conclusão de tratamento ortodôntico).

**9.10.8** O encerramento do tratamento acontece quando o aparelho é removido e as contenções são instaladas.

**9.10.9** **Manutenção:** Depois da efetivação da primeira parcela, as manutenções já podem ser executadas. Será exigida a solicitação de autorização prévia para cada manutenção a ser realizada (para escolha dirigida), sendo limitada a uma ocorrência por mês para o mesmo tratamento.

### 9.10.10 Prorrogação:

- a) Para prorrogação do tempo de tratamento e autorização de manutenções correspondentes, deverá ter sido esgotada a quantidade de manutenções previstas inicialmente para o tratamento. Será necessária uma auditoria (relatório de acompanhamento) para que se confirme ou não a necessidade de prorrogar o tempo de tratamento.
- b) Quando o beneficiário optar pela continuidade do tratamento e estando esgotadas as possibilidades de manutenção previstas pelo plano, ele assumirá os custos de manutenções necessárias até o pagamento da última parcela. Caso o beneficiário opte por desistir do prosseguimento do tratamento, deve solicitar cancelamento definitivo, através do Relatório de Intercorrência em Ortodontia.
- c) Para reembolso de tratamentos ortodônticos, o dentista solicitante deverá descrever o plano de tratamento detalhado, tipo de aparatologia utilizada e o orçamento de cada etapa, considerando a forma de cobertura da especialidade de ortodontia no plano. Nos casos em que o ortodontista não solicite as parcelas e somente as manutenções, deverá indicar por escrito no seu planejamento a forma de cobrança mensal a ser realizada. Os prazos de reembolso seguem as orientações utilizadas para a rede credenciada e a validade do recibo será de 180 dias, não sendo possível reembolsar mais de uma manutenção no mesmo mês de tratamento.

Nome do tratamento	Instalação do aparelho (1ª parcela)	Acompanhamento (2ª parcela)	Manutenções	Finalização e instalação da contenção (3ª parcela)
Tratamento tipo I	Entre 5 e 9 anos	Após 6 manutenções	Máximo 18 manutenções (12 manutenções com possibilidade de prorrogação de mais 6 manutenções)	Finalização do tratamento com remoção do aparelho e instalação da contenção
Tratamento tipo II	A partir de 9 anos	Após 12 manutenções	Máximo 48 manutenções (30 manutenções com possibilidade de prorrogação de mais 18 manutenções)	Finalização do tratamento com remoção do aparelho e instalação da contenção
Tratamento parcial	A partir de 8 anos	Finalização do tratamento com remoção do aparelho e instalação da contenção	Máximo 9 manutenções (6 manutenções com possibilidade de prorrogação de mais 3 manutenções)	Não aplicável.

### 9.10.12. Intercorrências durante o tratamento:

#### a) Falta à consulta:

- (i) Caso o beneficiário não compareça à consulta e nem desmarque com antecedência razoável, não poderá haver cobrança ao plano, cabendo ao credenciado gerenciar tais eventos, conforme a rotina administrativa de seu consultório.
- (ii) Caso beneficiário efetue pagamento ao credenciado pela falta, o mesmo não será reembolsado.

#### b) Análise dos motivos de ausência às consultas de manutenção:

- (i) Existe a possibilidade de regularizar o tratamento caso haja justificativa razoável para o período de ausência do paciente. Para tanto, será necessário que aquele que deu causa às ausências (credenciado ou beneficiário) esclareça sobre o período sem registro de manutenção.
- (ii) Nossa equipe analisará as circunstâncias do abandono do tratamento e os envolvidos serão informados do resultado e, havendo necessidade, deverão ser encaminhados documentos para embasar a decisão técnica, com possibilidade de realização de auditoria odontológica extra.
- (iii) As ausências justificadas nas consultas de manutenção que eventualmente venham a ocorrer durante o tratamento devem ser registradas se o período de ausência for igual ou maior que 3 meses consecutivos, evitando a caracterização de abandono de tratamento.
- (iv) Ao retomar o tratamento, o beneficiário terá direito ao saldo de manutenções e parcelas que ainda lhe restarem.

**Observação:** Eventual ausência do beneficiário às manutenções de ortodontia deverá ser justificada.

**c) Abandono de tratamento:**

- (i) Havendo falta não justificada às sessões de manutenções por 3 meses consecutivos, pode ser caracterizado abandono de tratamento, implicando administrativamente em cancelamento da participação financeira do plano e, conseqüentemente, desconto integral do beneficiário do valor referente às manutenções autorizadas que foram realizadas, porém não cobradas, além da parcela(s) autorizada(s) e não cobrada(s).

**d) Solicitação de cancelamento definitivo:**

- (i) Caso o beneficiário desista do tratamento, poderá solicitar o cancelamento definitivo, sendo necessário apresentar o documento “Relatório de Intercorrência em Ortodontia” assinado pelo credenciado e beneficiário/responsável legal.
- (ii) Nesses casos serão quitadas manutenções autorizadas e efetivamente realizadas e não cobradas até então, bem como parcela(s) prevista(s) e pendente(s) de pagamento, sem desconto integral (desconto normal). O credenciado deve realizar a remoção da aparatologia que eventualmente esteja ainda instalada.

**e) Encerramento antecipado:**

- (i) O encerramento antecipado de tratamento ortodôntico ocorre quando sua finalização técnica é obtida muito antes de utilizadas a quantidade de manutenções previstas, antes da cobrança da segunda parcela.
- (ii) Devemos ser informados pelo credenciado através da central de atendimento, e com envio do “Relatório de Intercorrência em Ortodontia”, assinado pelo prestador e pelo beneficiário/responsável legal, para que seja viabilizado o pagamento simultâneo de duas parcelas restantes, sendo necessária a realização de auditoria para que seja confirmada a finalização do tratamento.

**f) Recém-admitidos na Petrobras e/ou seus dependentes:**

- (i) Os casos de beneficiários recentemente inscritos no plano (titulares e/ou seus dependentes) que estejam em tratamento e desejam dar continuidade pelo benefício atual deverão ser analisados pela equipe técnica para verificar a fase de tratamento em que se encontra e se será necessário a autorização proporcional ou total das parcelas previstas.
- (ii) Nossa equipe solicitará a documentação descrita na Lista de Procedimentos Odontológicos (LPO), na qual o ortodontista (credenciado) deve informar o

estágio em que se encontra o tratamento, além de estimativa de tempo para a conclusão do mesmo.

- (iii) A partir do relatório emitido pelo ortodontista, nossa equipe informa ao credenciado a liberação para uso do benefício.
- (iv) Quanto à manutenção mensal, será permitida a utilização nos limites previstos na Lista de Procedimentos Odontológicos (LPO).

#### **g) Desligamento do beneficiário do plano:**

- (i) Se, no decorrer do tratamento o paciente perder a elegibilidade ao plano, por qualquer motivo, serão remunerados os serviços realizados até a data do desligamento. O custo restante do tratamento será de total responsabilidade do ex-beneficiário.

### **9.10.13 Documentos utilizados em ortodontia/ortopedia funcional dos maxilares:**

#### **a) Termo de Compromisso do Tratamento Ortodôntico:**

- (i) Documento contendo regras gerais sobre ortodontia, que deve ser assinado pelo beneficiário ou responsável legal.
- (ii) A assinatura do termo deve ser realizada em duas vias: uma deverá ser entregue ao beneficiário, enquanto a outra deverá ser arquivada pelo credenciado.

#### **b) Relatório de Ortodontia:**

- (i) Relatório contendo laudo diagnóstico preenchido pelo ortodontista, devendo ser apresentado ao plano durante as etapas de auditoria do tratamento ortodôntico (tipo I, tipo II, parcial, aparelhos mantenedores de espaço, plano inclinado e de reeducação e/ou impedidor de hábito).
- (ii) O relatório deve contar a assinatura do credenciado e beneficiário/responsável legal.

#### **c) Termo de Conclusão de Tratamento Ortodôntico:**

- (i) Documento contendo a anuência do beneficiário /responsável legal e do ortodontista, que deve ser enviado como parte da documentação exigida para auditoria final do tratamento ortodôntico.

#### **d) Checklist de Ortodontia**

- (i) Documento que poderá ser solicitado, a critério do auditor, no momento do pagamento das parcelas dos tratamentos ortodônticos.







**TERMO DE COMPROMISSO DO  
TRATAMENTO ORTODÔNTICO**

Nome do Paciente:	
Nome do Beneficiário Titular:	
Empresa:	
Carteirinha:	Idade:
Nome do Credenciado:	
CPF/CNPJ:	Data:

**Prezado Beneficiário,**

Para sucesso do tratamento ortodôntico é importante conhecer e cumprir algumas regras estabelecidas pela Saúde Petrobras, as quais informamos abaixo:

- 1) Os tratamentos ortodônticos são considerados procedimentos de Pequeno Risco e a participação do beneficiário, em todas as modalidades de atendimento, será de 50% do valor dos procedimentos, independentemente da classe de renda e faixa etária.
- 2) A Saúde Petrobras prevê três tipos de tratamentos ortodônticos/ortopédicos, cada qual com critérios de pagamento específicos, são eles: Tratamento Ortodôntico Tipo I, Tratamento Ortodôntico Tipo II, Tratamento Ortodôntico Parcial. São pagas 3 parcelas, para os Tratamento Ortodôntico Tipo I e Tratamento Ortodôntico Tipo II e 2 parcelas para Tratamento Ortodôntico Parcial.
- 3) Será admitida apenas uma **única** autorização de um mesmo tipo de tratamento ortodôntico/ortopédico para um mesmo beneficiário. Repetições de tratamento ortodôntico não estão previstas e serão analisadas pela Saúde Petrobras.
- 4) As manutenções mensais são partes integrantes dos tratamentos e visam dar cobertura a assistência mensal prestada ao paciente, sendo obrigatório, um atendimento mensal.
- 5) São oferecidas aos beneficiários 18 manutenções de Tratamento Tipo I, 48 manutenções de Tratamento tipo II e 9 manutenções de Tratamento Parcial. Manutenções que excedam essas correspondentes quantidades, não terão participação financeira da Saúde Petrobras.
- 6) Caso haja desistência do tratamento ortodôntico por parte do beneficiário, serão quitadas as manutenções autorizadas e efetivamente realizadas e não cobradas até então, bem como a(s) parcela(a) prevista(s) e pendente(s), o que impede de retornar o tratamento cancelado e obter autorização para novo tratamento do mesmo tipo. O credenciado deve realizar a remoção da aparatologia que eventualmente esteja ainda instalada.
- 7) O abandono de tratamento implicará cancelamento da participação financeira da Saúde Petrobras para o tratamento bem como desconto integral para o beneficiário do pagamento a ser feito ao prestador credenciado relativo às **manutenções autorizadas** (e efetivamente realizadas e não cobradas até então) e de **parcela autorizada** (e não cobradas até então).
- 8) Considera-se abandono de tratamento 3 (três) meses consecutivos sem comparecimento ao consultório do ortodontista, para consultas de manutenção.
- 9) Quando interrupções forem necessárias, deverão ser comunicadas à Companhia para avaliação quanto à possibilidade de autorização.
- 10) Quebras de aparelhos e ausências a consultas previamente marcadas deverão ser negociadas diretamente com o credenciado, sem participação da Saúde Petrobras e sem possibilidade de reembolso.
- 11) A definição dos materiais utilizados durante o tratamento fica a critério do profissional em comum acordo com o beneficiário. A cobertura abrange todos os recursos necessários para o tratamento (contenção, ancoragem, assessoramento em cirurgias ortognáticas).

Ciente e de acordo com o exposto acima.  
 Não concordo com o exposto e solicito cancelamento da autorização acima.

\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do beneficiário/titular ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

### Relatório de Intercorrências de Ortodontia

Nome do Paciente:	
Nome do Beneficiário Titular:	
Empresa:	
Carteirinha:	Cód Dependente:
Nome do Credenciado:	
CPF/CNPJ:	
Tipo de tratamento:	
Data de instalação do aparelho: ____/____/____ (se ainda não foi instalado, não preencher)	Data:

1) Caro credenciado, favor marcar com um "X" a opção desejada, datar e assinar.

<input type="checkbox"/>	<b>Auditoria Aleatória</b> Eu, na condição de credenciado da Saúde Petrobras venho solicitar o encaminhamento do beneficiário citado à auditoria aleatória, a fim de verificar _____ _____
<input type="checkbox"/>	<b>Encerramento antecipado</b> Eu, na condição de credenciado da Saúde Petrobras, venho solicitar o encerramento antecipado do tratamento acima, realizado no beneficiário citado, por ter atingido os seus objetivos antes do prazo previsto.
<input type="checkbox"/>	<b>Intercorrência</b> Eu, na condição de credenciado da Saúde Petrobras, venho comunicar a seguinte intercorrência no tratamento do beneficiário citado acima: _____ _____  <i>Informações adicionais</i> <i>Colaboração do beneficiário:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nº de faltas às manutenções: _____.</li><li>• Quebra de aparelho ( ) sim ( ) não. Se positivo, informar quantas: _____.</li><li>• Higienezação: ( ) boa ( ) regular ( ) ruim</li></ul>
<input type="checkbox"/>	<b>Interrupção</b> Eu, na condição de credenciado da Saúde Petrobras venho solicitar a interrupção do tratamento citado, código de serviço _____, pelo período de _____ meses, por motivo de: ( ) Viagem, a serviço, do beneficiário responsável; ( ) Problemas de saúde do paciente; ( ) Desenvolvimento ósseo e dentário; ( ) Decisão da Unidade Gestora; ( ) Impedimento do profissional; ( ) Término do prazo com cobertura pela Saúde Petrobras
<input type="checkbox"/>	<b>Prorrogação</b> Eu, na condição de credenciado da Saúde Petrobras venho solicitar prorrogação do tratamento citado, para os código(s) _____

continua

**Reinício de tratamento**  
( ) Transferência ( ) Interrupção  
Eu, na condição de credenciado da Saúde Petrobras, venho solicitar reinício do tratamento citado para o beneficiário acima. Estou ciente de que, em caso de transferência, a contagem do prazo do tratamento e das manutenções considerará o que já foi realizado durante o tratamento iniciado, ou seja, o beneficiário terá direito apenas ao saldo de tempo e ocorrências que ainda lhe restar.

**Tratamento não concluído no prazo**  
Tendo em vista a não conclusão do tratamento descrito no cabeçalho no prazo máximo previsto pela Saúde Petrobras eu, na condição de credenciado, venho comunicar que:  
( ) Não concordo com a continuidade do tratamento.  
( ) Concordo com a continuidade do tratamento, estando ciente de que só receberei a terceira parcela após a conclusão do tratamento.

**Justificativa e planejamento**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Informações adicionais**  
Colaboração do beneficiário:

- Nº de faltas às manutenções: \_\_\_\_\_.
- Quebra de aparelho ( ) sim ( ) não. Se positivo, informar quantas: \_\_\_\_\_.
- Higienização: ( ) boa ( ) regular ( ) ruim

**2) Caro beneficiário, favor marcar com um "X" a opção desejada, datar e assinar.**

**Cancelamento definitivo**  
Eu, na condição de beneficiário titular da Saúde Petrobras, venho solicitar cancelamento definitivo de tratamento ortodôntico/ortopédico acima, estando ciente de que não poderei retomar o tratamento cancelado e nem solicitar autorização para novo tratamento do mesmo tipo.

**Solicitação de Transferência**  
Eu, na condição de beneficiário da Saúde Petrobras, venho solicitar transferência do profissional citado para o profissional \_\_\_\_\_.

Estou ciente de que, em caso de transferência, a contagem do prazo do tratamento e das manutenções considerará o que já foi realizado durante o tratamento iniciado, ou seja, terei direito apenas ao saldo de tempo e de ocorrências que restarem.

**Tratamento não concluído no prazo**  
Tendo em vista a não conclusão do tratamento descrito no cabeçalho no prazo máximo previsto pela Saúde Petrobras, eu, na condição de beneficiário autorizo a:  
( ) Interrupção do tratamento e remoção do aparelho;  
( ) Continuação do tratamento estando ciente que as próximas manutenções serão descontadas integralmente em folha de pagamento/proventos.

\_\_\_\_\_ Assinatura credenciado \_\_\_\_\_ Assinatura beneficiário  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome do beneficiário: \_\_\_\_\_

Carteirinha: \_\_\_\_\_ Tipo de tratamento: \_\_\_\_\_

Auditoria inicial (1ª parcela) Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dentição: \_\_\_\_\_

- 1) Aspecto gengival (ex: recessão, sangramento): ( ) Normal ( ) Alterado: \_\_\_\_\_
- 2) Avaliação radiográfica radicular: ( ) Normal ( ) Reabsorção ( ) Dilaceração ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
Elementos: \_\_\_\_\_
- 3) Padrão esquelético: ( ) Padrão I ( ) Padrão II ( ) Padrão III
- 4) Classificação de Angle: \_\_\_\_\_
- 5) Avaliação do arco:  
Superior: ( ) Zero – sem discrepância ( ) Diastemas: \_\_\_\_\_ ( ) Deficiência: \_\_\_\_\_  
Inferior: ( ) Zero – sem discrepância ( ) Diastemas: \_\_\_\_\_ ( ) Deficiência: \_\_\_\_\_
- 6) Linhas médias: ( ) Coincidentes ( ) Desviada: \_\_\_\_\_
- 7) Transpasse vertical (em mm): \_\_\_\_\_ Transpasse horizontal (em mm): \_\_\_\_\_
- 8) Hábitos bucais: \_\_\_\_\_ DTM: ( ) Ausente ( ) Presente.
- 9) Necessidade de fonoaudiologia: \_\_\_\_\_ Indicação para Cirurgia ortognática: \_\_\_\_\_
- 10) Tipo de tratamento: ( ) Preventivo ( ) Interceptativo ( ) Corretivo ( ) Ortocirúrgico
- 11) Tratamento proposto: \_\_\_\_\_
- 12) Tempo de tratamento previsto: \_\_\_\_\_

Auditoria intermediária (2ª parcela) Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- 1) Prognóstico: ( ) Favorável ( ) Desfavorável. Depende de \_\_\_\_\_
- 2) Evolução do tratamento: \_\_\_\_\_
- 3) Tempo previsto para o término do tratamento: \_\_\_\_\_
- 4) Montagem completa – mínimo 1ª molar a 1ª molar: ( ) Superior ( ) Inferior
- 5) Observações: \_\_\_\_\_

Auditoria final (3ª parcela) Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- 1) Dentição: \_\_\_\_\_
- 2) Recessão periodontal: ( ) Sim ( ) Não
- 3) Reabsorção radicular: ( ) Sim ( ) Não
- 4) Paralelismo radicular: ( ) Sim ( ) Não
- 5) Linhas médias coincidentes: ( ) Sim ( ) Não
- 6) Relação molar: \_\_\_\_\_ Relação canino: \_\_\_\_\_
- 7) Corretos pontos de contato: ( ) Sim ( ) Não
- 8) Giroversões: ( ) Sim ( ) Não Overjet e overbite adequados: ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_
- 9) Guia canino (guia lateral sem interferências): ( ) Sim ( ) Não
- 10) DTM: ( ) Ausente ( ) Presente: \_\_\_\_\_
- 11) Hábitos bucais: ( ) Sim ( ) Não
- 12) Contenção superior definida: ( ) Sim \_\_\_\_\_ ( ) Não
- 13) Contenção inferior definida: ( ) Sim \_\_\_\_\_ ( ) Não
- 14) Observações: \_\_\_\_\_

Profissional solicitante (assinatura e carimbo): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**TERMO DE CONCLUSÃO DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO**

BENEFICIÁRIO: \_\_\_\_\_ CARTEIRINHA: \_\_\_\_\_

CREDENCIADO: \_\_\_\_\_

O tratamento ortodôntico foi finalizado de acordo com os objetivos traçados no planejamento, com aparelhos de contenção superior e inferior instalados, estando o paciente/responsável legal de acordo com os resultados alcançados e orientado sobre a importância do uso da contenção na estabilidade do tratamento ortodôntico a longo prazo.

\_\_\_\_\_  
Local e data\_\_\_\_\_  
Assinatura do beneficiário/responsável legal\_\_\_\_\_  
Assinatura do ortodontista

## 9.11 PERIODONTIA

### 9.11.1 Raspagem subgengival/alisamento radicular:

- a) Por raspagem subgengival entende-se a remoção de cálculos (tártaro) depositados na superfície dentária abaixo da gengiva, e por alisamento radicular a completa remoção de cálculos mais fortemente aderidos na raiz do dente.

### 9.11.2 Cirurgias envolvendo região óssea:

- a) Aumento de coroa clínica
- b) Previsto para ser utilizado nos casos em que a necessidade de aumento de coroa clínica se restrinja a um único dente no segmento, independente da técnica cirúrgica utilizada.

### 9.11.3 Cirurgia periodontal a retalho

- a) Procedimento cirúrgico para acesso e correção de defeitos ósseos periodontais e/ou eliminação de bolsa periodontal infraóssea, independentemente do tipo de retalho realizado e dos meios do tratamento.
- b) Inclui o debridamento, a raspagem/alisamento e eventual osteotomia/osteoplastia independentemente se realizada por instrumentos manuais ou rotatórios.
- c) Procedimento inclui controles pós-operatórios, quando necessários.

### 9.11.4 Procedimentos cobertos na área de periodontia envolvendo cirurgia em gengiva:

- a) **Gingivectomia:** Procedimento indicado quando, não necessária a intervenção em tecido ósseo e for preciso a excisão cirúrgica de gengiva.
- b) **Gingivoplastia:** Procedimento cirúrgico indicado quando há a necessidade de obter uma arquitetura gengival anatômica e fisiológica normal, sem que seja preciso intervenção em tecido ósseo.
- c) **Cunha proximal:** Trata-se de procedimento de gingivectomia que esteja restrito à papila interdental.

### 9.11.5 Procedimentos cobertos na área de periodontia para tratamento de determinadas condições clínicas periodontais:

- a) **Tratamento de abscesso periodontal agudo:** Tratamento da fase aguda do abscesso periodontal, para posterior tratamento da área.
- b) **Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA:** Sessão única em que se diagnostica e prescreve o tratamento da fase aguda da gengivite necrosante.
- c) **Tratamento de pericoronarite:** Tratamento da fase aguda da infecção dos tecidos moles que ocorre na região do capuz coronário, geralmente de terceiros molares inferiores - região retromolar.

#### 9.11.6 Procedimentos cobertos na área de periodontia com objetivo facilitar a higiene oral:

- a) **Odontossecação:** Indicado como alternativa para evitar a extração dentária nos casos de lesão de furca avançada.
- b) **Amputação radicular:** Indicado como alternativa para extração dentária em alguns casos em que o dente está com comprometimento periodontal (lesão de furca avançada).
- c) **Enxertos de gengiva:**
  - (i) **Enxerto pediculado:** Indicado para o tratamento de recessão gengival, para ganho de gengiva queratinizada, e para melhora de contorno de tecido mole perimplantar.
  - (ii) **Enxerto gengival livre:** Indicado para o tratamento de recessão gengival, para ganho de gengiva queratinizada e para melhora de contorno de tecido mole perimplantar. Inclui a realização de dois acessos cirúrgicos - um na área doadora e outro na área receptora e eventual uso de biomaterial.

#### 9.11.7 Imobilização dentária em dentes permanentes e decíduos (de leite):

Procedimento de imobilização dentária ou esplintagem, envolvendo um grupo de dentes contíguos.

- a) Indicado nos casos de doença periodontal ou devido a trauma. Inclui os ajustes necessários à instalação e os modelos para confecção.

#### 9.11.8 Manutenção periodontal:

- a) Este serviço deve ser utilizado como manutenção da saúde periodontal nos beneficiários que realizaram o serviço “raspagem subgengival/alisamento radicular” e necessitam de acompanhamento periodontal.



- b) Este serviço também poderá ser utilizado naqueles casos em que o credenciado na especialidade de periodontia ou implantodontia necessite realizar a manutenção de implantes dentários.

## 9.12 PREVENÇÃO

**9.12.1** Inclui os procedimentos previstos no rol da ANS necessários para prevenir doenças na cavidade bucal, como doenças na gengiva e cárie.

**9.12.2** Dentre os procedimentos estão previstas a remineralização dentária e aplicação de flúor em diversas formas e para várias indicações (lesões ativas, manchas brancas, sulcos profundos), assim como controle da placa (biofilme dental) e remoção de cálculo (tártaro) que se deposita nas superfícies dentárias.

**9.12.3 Aplicação tópica de flúor:** Aplicação de gel de flúor em todas as superfícies dentárias após a realização da profilaxia e polimento dentário, como forma de prevenir a cárie.

### 9.12.4 Aplicação de selante de fósulas e fissuras

- a) Indicado para dentes que apresentam tendência a início de cárie e indicado para beneficiários com até 18 anos incompletos.
- b) Indicado para dentes posteriores decíduos e/ou permanentes visando formar uma barreira física entre a superfície do elemento dentário e o meio bucal.

**9.12.5 Aplicação tópica de verniz fluoretado:** Aplicação de verniz de flúor nas superfícies dentárias após a realização da profilaxia e polimento dentário, que apresentem lesões de cárie ativas e sem cavitação.

### 9.12.6 Profilaxia: polimento coronário:

- a) Consiste no polimento através de meios mecânicos da superfície coronária do dente.
- b) Não poderá ser solicitado concomitantemente com os procedimentos de “raspagem supragengival”, “raspagem subgengival e alisamento radicular”, “manutenção periodontal” e com pacotes de tratamento que já incluem a sua realização.

### 9.12.7 Raspagem supragengival:

- a) Não poderá ser solicitado concomitantemente com os procedimentos de “profilaxia”, “raspagem subgengival e alisamento radicular”, “manutenção periodontal” e com pacotes de tratamento que já incluem sua realização.

**9.12.8 Atividade Educativa (orientação preventiva):** Procedimento no qual o profissional realiza orientações sobre doenças bucais, nutrição e higiene, com demonstrações práticas de técnicas de higiene oral e evidenciação de placa bacteriana.

- a) Quando for realizada em crianças e/ou pacientes com necessidades especiais, é recomendada a presença do responsável legal.

**9.12.9 Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora):** Placa interoclusal rígida em acrílico, utilizada em casos de hábitos parafuncionais. (Ex: Bruxismo e apertamento).

- a) Este serviço inclui os ajustes necessários à sua instalação e os modelos para sua confecção.
- b) Prazo de repetição: 12 meses.

**9.12.10 Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora):** Placa interoclusal confeccionada em acrílico, utilizada em casos de hábitos parafuncionais e Disfunção Temporomandibular (DTM), exemplo: Jig ou front platô.

- a) Este serviço inclui os ajustes necessários à sua instalação e os modelos para sua confecção.
- b) Prazo de repetição: 12 meses.

## 9.13 PRÓTESE DENTÁRIA

**9.13.1** Estão previstas as coberturas obrigatórias no rol de procedimentos da ANS como: coroa provisória com pino, coroa provisória sem pino, coroa total acrílica prensada, coroa total em cerômero, coroa total metálica, núcleo de preenchimento, núcleo metálico fundido, pino pré-fabricado, provisório para restauração metálica, restauração metálica fundida, entre outras coberturas adicionais não obrigatórias pelo rol da ANS.

**9.13.2** Alguns procedimentos de prótese não possuem cobertura obrigatória pela ANS. Entretanto, a cobertura é oferecida pela Saúde Petrobras, seguindo regras operacionais e prazos determinados descritos nesta cartilha.

**9.13.3 Coroa provisória com pino:** Inclui confecção, cimentação provisória e ajustes oclusais necessários. Indicado para dente permanente.

**9.13.4 Coroa provisória sem pino:** Inclui confecção, cimentação provisória e ajustes oclusais necessários. Indicado para dente permanente.

- 9.13.5 Núcleo metálico fundido:** Inclui moldagem, confecção, fundição e cimentação, radiografia periapical (inicial e final). Indicado para dente permanente
- 9.13.6 Núcleo de preenchimento:** Consiste na reconstrução de dentes com considerável perda de estrutura dental devido a cárie, antes da confecção de uma restauração definitiva.
- a) Não poderá ser solicitado concomitantemente às restaurações diretas em resina fotopolimerizável.
  - b) Indicado para dente permanente.
- 9.13.7 Pino pré-fabricado:** Inclui cimentação, núcleo de preenchimento e radiografia periapical (inicial e final). Indicado para dente permanente.
- 9.13.8 Reembasamento de coroa provisória:** Reajuste deste tipo de prótese, caso seja necessário. Indicado para dente permanente.
- 9.13.9 Provisório para inlay/onlay:** Inclui confecção, cimentação provisória e ajustes necessários.
- a) Prazo de repetição: 24 meses, em pré-molares e molares permanentes.
  - b) Limite de idade: a partir de 8 anos.
- 9.13.10 Provisório para restauração metálica fundida:** Inclui confecção, cimentação provisória e ajustes necessários. Indicado para pré-molares e molares permanentes.
- 9.13.11 Coroa total acrílica prensada:** Inclui moldagem, prensagem, cimentação, radiografia periapical (inicial e final) e ajustes oclusais necessários.
- 9.13.12 Restauração metálica fundida:** Inclui moldagem, fundição, cimentação, radiografia periapical (inicial e final) e ajustes oclusais necessários. Indicado para pré-molares e molares permanentes.
- 9.13.13 Coroa total metálica:** Inclui moldagem, fundição, cimentação, radiografia periapical (inicial e final) e ajustes oclusais necessários. Indicado para pré-molares e molares permanentes.
- 9.13.14 Coroa total metaloplástica - resina acrílica:** Inclui moldagem, fundição, cimentação, radiografia periapical (inicial e final) e ajustes oclusais necessários.
- a) Prazo de repetição: 24 meses.

- 9.13.15 Coroa total metalocerâmica:** Inclui moldagem, confecção, cimentação, radiografia periapical (inicial e final) e ajustes oclusais necessários.
- a) Prazo de repetição: 48 meses.
  - b) Limite de idade: a partir de 6 anos.
- 9.13.16 Prótese parcial fixa provisória:** Inclui moldagem, fundição, cimentação, radiografia periapical (inicial e final) e ajustes oclusais necessários.
- a) Prazo de repetição: 36 meses.
- 9.13.17 Coroa total em cerâmica pura:** Cobertura prevista para os dentes incisivos, caninos e pré-molares. Inclui moldagem, confecção, cimentação, radiografia periapical (inicial e final) e ajustes oclusais necessários.
- a) Prazo de repetição: 48 meses
  - b) Limite de idade: a partir de 18 anos
- 9.13.18 Prótese parcial fixa em metaloplástica:** Inclui confecção, cimentação e ajustes necessários. Para reabilitações a partir de 3 elementos.
- a) Prazo de repetição: 36 meses.
  - b) Limite de idade: a partir de 6 anos.
- 9.13.19 Prótese parcial fixa em metalocerâmica:** Inclui moldagem, confecção, cimentação, radiografia periapical (inicial e final) e ajustes oclusais necessários.
- a) Prazo de repetição: 48 meses
  - b) Limite de idade: a partir de 18 anos.
- 9.13.20 Prótese fixa adesiva indireta em metalocerâmica:** Inclui moldagem, confecção, cimentação, radiografia periapical (inicial e final) e ajustes oclusais necessários.
- a) Prazo de repetição: 48 meses, em incisivos, caninos e dentes extranumerários.
  - b) Limite de idade: a partir de 18 anos.
- 9.13.21 Recimentação de trabalhos protéticos:** Deverá ser realizado por retentor, por dente permanente.
- 9.13.22 Remoção de trabalho protético:** Deverá ser realizado por retentor. Só poderá ser utilizado para próteses definitivas. Inclui a recimentação de trabalhos protéticos quando for necessário, por dente permanente.

**9.13.23 Prótese parcial removível com grampos bilateral:** Inclui moldagem, confecção e ajustes oclusais necessários.

- a) Prazo de repetição: 48 meses, por arcada (superior e inferior).
- b) Limite de idade: a partir de 10 anos.

**9.13.24 Prótese total imediata:** Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários

- a) Prazo de repetição: 1 x na vida por arcada (superior e inferior).
- b) Limite de idade: a partir de 18 anos.

**9.13.25 Prótese total:** Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários.

- a) Prazo de repetição: 48 meses, por arcada (superior e inferior).
- b) Limite de idade: a partir de 18 anos.

**9.13.26 Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório):**

Poderá ser utilizado em casos de perda de 1 ou mais elementos dentários da prótese, eventuais fraturas, ou ainda na inclusão de novos elementos dentários aproveitando a mesma estrutura metálica da Prótese Parcial Removível.

- a) É considerado como atendimento imediato de reparo da prótese exclusivamente em consultório.
- b) Prazo de repetição: 48 meses
- c) Limite de idade: a partir de 10 anos.

**9.13.27 Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório):** Poderá ser utilizado em casos de perda de 1 ou mais elementos dentários da prótese, eventuais fraturas, ou ainda na inclusão de novos elementos dentários aproveitando a mesma base da prótese.

- a) É considerado como atendimento imediato de reparo da prótese exclusivamente em consultório.
- b) Prazo de repetição: 48 meses
- c) Limite de idade: a partir de 18 anos.

**9.13.28 Reparo estético de prótese fixa:** Poderá ser utilizado em casos de perda ou fratura do material estético de prótese fixa.

- a) Prazo de repetição: 12 meses
- b) Limite de idade: a partir de 6 anos.

**9.13.29 Ajuste oclusal por acréscimo:** Procedimento previsto “por sessão”, independente da quantidade de dentes a serem ajustados.

- a) Eventuais ajustes complementares da instalação recente de qualquer prótese ou restauração são parte do tratamento protético/restaurador, não sendo pertinente a solicitação do procedimento ajuste oclusal, seja por desgaste seletivo ou por acréscimo.
- b) Não poderá ser utilizado concomitante a qualquer tipo de reabilitação protética recém-cimentada.

**9.13.30 Ajuste oclusal por desgaste seletivo:** Procedimento previsto “por sessão”, independentemente da quantidade de dentes a serem ajustados.

- a) Eventuais ajustes complementares da instalação recente de qualquer prótese ou restauração são parte do tratamento protético/restaurador, não sendo pertinente a solicitação do procedimento ajuste oclusal, seja por desgaste seletivo ou por acréscimo.
- b) Não poderá ser utilizado concomitante a qualquer tipo de reabilitação protética recém-cimentada.

**9.13.31 Prótese fixa adesiva direta (provisória):** Inclui confecção, cimentação e ajuste oclusal.

- a) Prazo de repetição: 48 meses em incisivos e caninos permanentes.
- b) Limite de idade: a partir de 6 anos

**9.13.32 Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos:** Inclui moldagem, confecção da prótese e os ajustes necessários à adaptação da prótese.

- a) Prazo de repetição: 48 meses, por arcada (superior e inferior).
- b) Limite de idade: a partir de 10 anos.

**9.13.33 Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório):**

Utilizado quando a substituição da prótese não está indicada, apesar da necessidade de readaptação e/ou fixação. Procedimento de recobrimento da base da prótese, utilizando material idêntico, a fim de proporcionar sua readaptação e/ou refixação.

- a) Inclui reacrilização de prótese protocolo tipo Branemark e overdenture.
- b) Inclui moldagem e eventual preparo do caso para as etapas laboratoriais necessárias, bem como ajustes oclusais necessários quando da instalação da prótese.
- c) Prazo de repetição: 12 meses, por arcada (superior e inferior).
- d) Limite de idade: a partir de 10 anos.

#### **9.13.34 Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório):**

Utilizado quando a substituição da prótese não está indicada, apesar da necessidade de readaptação e/ou fixação.

- a) Procedimento de recobrimento da base da prótese, utilizando material idêntico, a fim de proporcionar sua readaptação e/ou refixação.
- b) Considerado como sendo atendimento imediato de reembasamento a ser realizado exclusivamente em consultório.
- c) Prazo de repetição: 12 meses, por arcada (superior e inferior).
- d) Limite de idade: a partir de 10 anos.

#### **9.13.35 Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório):**

Utilizado quando, apesar da necessidade de conserto, a substituição da prótese não está indicada.

- a) Código pode ser utilizado em casos de perda de 1 (um) ou mais elementos dentários da prótese, eventuais fraturas, ou ainda na inclusão de novos elementos dentários aproveitando a mesma estrutura metálica da PPR.
- b) Inclui moldagem, confecção, etapas laboratoriais e ajustes oclusais necessários da prótese.

#### **9.13.36 Restauração em cerômero - inlay:** Utilizado para dentes posteriores permanentes (pré-molares e molares). Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários.

- a) Prazo de repetição: 36 meses.
- b) Limite de idade: a partir de 8 anos.

#### **9.13.37 Restauração em cerômero - onlay:** Utilizado para dentes posteriores permanentes (pré-molares e molares). Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários.

- a) Prazo de repetição: 36 meses.
- b) Limite de idade: a partir de 8 anos.

#### **9.13.38 Restauração em cerâmica pura - inlay:** Utilizado para dentes posteriores permanentes (pré-molares e molares). Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários.

- a) Prazo de repetição: 48 meses.
- b) Limite de idade: a partir de 8 anos.

- 9.13.39 Restauração em cerâmica pura - onlay:** Utilizado para dentes posteriores permanentes (pré-molares e molares). Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários.
- a) Prazo de repetição: 48 meses
  - b) Limite de idade: a partir de 8 anos.
- 9.13.40 Coroa total em cerômero:** Utilizado para dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos). Inclui moldagem, confecção, cimentação, radiografia periapical (inicial e final) e ajustes oclusais necessários.
- 9.13.41 Coroa total metaloplástica - cerômero:** Utilizado para dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos). Inclui moldagem, confecção, cimentação, radiografia periapical (inicial e final) e ajustes oclusais necessários.
- a) Prazo de repetição: 36 meses.
  - b) Limite de idade: a partir de 8 anos.
- 9.13.42 Coroa em dente permanente:** Existe cobertura para realização de coroa de acetato, aço e policarbonato em dentes permanentes.
- 9.13.43 Diagnóstico por meio de enceramento:** Refere-se a confecção em gesso, especial ou não, de modelos completos das arcadas (inferior e superior) e respectivo estudo e análise, independente de instalação ou não em articulador semiajustável.
- a) Admitido nos casos de reabilitação protética e ajuste oclusal.
  - b) Poderá ser utilizado para confecção de modelo de trabalho.

**Nota 1:** a confecção de novas próteses será avaliada a cada caso a depender do motivo da repetição, como necessidade de endodontia, comprometimento da raiz, presença de cárie ou fraturas que comprometam a funcionalidade da prótese. Estão previstos consertos de próteses totais, removíveis e fixas em consultório e laboratório.

**Nota 2:** o tratamento é considerado finalizado quando a prótese for instalada e ajustada na boca.

**Nota 3:** em caso de falecimento do prestador, o beneficiário deverá entrar em contato pelos canais de atendimento para que seja providenciada a transferência e continuidade de tratamento em andamento.



**Observação:** Para todos os procedimentos previstos no item 9.13 PRÓTESE DENTÁRIA, caso o beneficiário opte pelo uso de materiais não contemplados na cobertura, não haverá participação financeira do plano.

## 9.14 RADIOLOGIA E IMAGINOLOGIA

**9.14.1** Os exames devem ser solicitados no receituário do cirurgião-dentista requisitante, contendo assinatura e data, com a indicação técnica que embasa a solicitação. Se solicitados em guias impressas de clínicas de radiologia, devem estar datadas, assinados e carimbados pelo dentista solicitante.

**9.14.2** Todos os exames realizados por clínica de radiologia deverão incluir o laudo realizado por especialista.

**9.14.3** Inclui cobertura para:

- a) Radiografia periapical
- b) Radiografia oclusal
- c) Radiografia interproximal - bite-wing
- d) Radiografia da ATM
- e) Traçado cefalométrico
  - Prazo de repetição: 12 meses
- f) Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)
- g) Radiografia ântero-posterior e radiografia pósterio-anterior
- h) Radiografia da mão e punho - carpal
- i) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
- j) Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado para implantes
  - Prazo de repetição: 12 meses
- k) Telerradiografia
- l) Telerradiografia com traçado cefalométrico
  - Prazo de repetição: 12 meses
- m) Tomografia computadorizada por feixe cônico - cone beam (por sextante)
  - Prazo de repetição: 12 meses
- n) Tomografia computadorizada por feixe cônico - cone beam (por arcada)
  - Prazo de repetição: 12 meses
- o) Técnica de localização radiográfica.
- p) Radiografia lateral do corpo da mandíbula
- q) Modelos ortodônticos
  - Prazo de repetição: 4x na vida
- r) Fotografia
  - Prazo de repetição: 24 na vida

**Observação:** Os procedimentos **Escaneamento Digital** e **Planejamento Digital** não apresentam cobertura pelo plano e não constam no Rol da ANS.

## 10. ACESSO ÀS COBERTURAS EXTRA ROL DIANTE DE INDISPONIBILIDADE OU INEXISTÊNCIA DE REDE

Na falta de prestador da nossa rede credenciada no município de demanda e limítrofes (que fazem divisa), o beneficiário poderá acionar a Operadora para garantia do atendimento.

Para garantia de atendimento em casos de coberturas extrarrol, nas especialidades de Implantodontia e Ortodontia, será necessário apresentar dois planejamentos e orçamentos.

Para maiores informações, acessar o Portal Saúde Petrobras, em [https://saudepetrobras.com.br/sobre-o-plano/modalidades-de-atendimento/Saúde Petrobras | Perguntas Frequentes \(saudepetrobras.com.br\)](https://saudepetrobras.com.br/sobre-o-plano/modalidades-de-atendimento/Saúde Petrobras | Perguntas Frequentes (saudepetrobras.com.br))

## 11. PACOTES ODONTOLÓGICOS

Alguns procedimentos preventivos em odontologia poderão ser contratualizados com nossa rede credenciada na forma “pacotes odontológicos”, dessa forma poderá aparecer em seu extrato de utilização ou financeiro a incidência de coparticipação neste tipo de procedimento, também classificado como de Pequeno Risco.

Não há previsão para “pacotes odontológicos” nos atendimentos realizados através da modalidade livre escolha (reembolso), devendo o dentista assistente indicar no laudo/recibo/nota fiscal o código e o nome de todos os procedimentos odontológicos realizados.

**11.1 Pacote Halitose:** Inclui consulta e tratamento de halitose, controle de biofilme, atividade educativa, teste de PH salivar e teste de fluxo salivar.

- a) Indicado para beneficiários a partir de 12 anos
- b) Indicado prazo de repetição: 12 meses.

**11.2 Pacote Prevenção Infantil:** Inclui consulta, atividade educativa para pais e/ou cuidadores, condicionamento em odontologia, controle de biofilme, profilaxia e polimento e aplicação de flúor.

- a) Indicado para beneficiários até 18 anos
- b) Indicado prazo de repetição: 6 meses.

**11.3 Pacote Prevenção Adulto:** Inclui consulta, atividade educativa, remoção de fatores de retenção de placa, controle de biofilme, raspagem supragengival, profilaxia e polimento e aplicação de flúor.

- a) Indicado para beneficiários até 18 anos
  - b) Indicado prazo de repetição: 6 meses.
- 11.4 Pacote Cuidado Implantes:** Inclui consulta, atividade educativa, remoção de fatores de retenção de placa, controle de biofilme, raspagem supragengival, profilaxia e polimento.
- a) Indicado para beneficiários até 18 anos
  - b) Indicado prazo de repetição: 6 meses.
- 11.5 Pacote Manutenção Periodontal:** Inclui a manutenção periodontal, consulta com revisão de todos os critérios clínicos, reforço das medidas de higiene oral que foram instituídas na consulta em que foi efetuado o procedimento de “Raspagem subgengival/alisamento radicular”, aplicação tópica de flúor, realização de raspagem supra e subgengival, nos sítios que necessitam de tal procedimento, bem com atividade educativa, remoção de fatores de retenção de placa, profilaxia e polimento e controle de biofilme.
- a) Este serviço deve ser utilizado como manutenção da saúde periodontal nos beneficiários que realizaram o serviço “raspagem subgengival/alisamento radicular”.
  - b) Este serviço também poderá ser utilizado naqueles casos em que o credenciado na especialidade de periodontia ou implantodontia necessitar realizar a manutenção de implantes dentários.
  - c) Indicado para beneficiários a partir de 15 anos.
  - d) Indicado prazo de repetição: 4 meses.
- 11.6 Pacote Cuidado Periodontal:** Inclui consulta, atividade educativa, remoção de fatores de retenção de placa, controle de biofilme, profilaxia e polimento, raspagem subgengival/alisamento radicular, raspagem supragengival, aplicação tópica de flúor e as radiografias iniciais dos quatro hemiarcos.
- a) Indicado para beneficiários a partir de 15 anos
  - b) Indicado prazo de repetição: 12 meses.
- 11.7 Pacote Cariologia:** Inclui consulta, remineralização, atividade educativa para pais e/ou cuidadores, controle de biofilme, aplicação de selante de fósulas e fissuras e controle de cárie incipiente.
- a) Indicado para beneficiários até 15 anos.
  - b) Indicado prazo de repetição: 6 meses.

## 12. SEDAÇÃO E ANALGESIA PARA PROCEDIMENTOS EM ODONTOLOGIA

**12.1** Os procedimentos denominados Analgesia Inalatória com Óxido Nitroso e Oxigênio em Odontologia, Sedação Consciente com Óxido Nitroso e Oxigênio em Odontologia e Sedação Endovenosa Ambulatorial em Odontologia, para procedimentos odontológicos, terão cobertura somente quando realizados por profissional médico anestesiológico e condicionada ao envio de justificativa (imperativo clínico), itens que serão objeto de avaliação na autorização prévia realizada pela Operadora.

**12.2** Para casos de reembolso (livre escolha), a solicitação deve conter a indicação clínica do dentista para realização em ambiente ambulatorial de procedimento odontológico com sedação/analgesia e o recibo em nome do médico anestesiológico.

## 13. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS NÃO COBERTOS

São exemplos de procedimentos não cobertos:

- a) Aparelho protetor bucal.
- b) Tratamento ortodôntico com a técnica de alinhadores.
- c) Aparelhos posicionadores mandibulares intraorais (antirronco e apneia obstrutiva do sono).
- d) Aplicação de toxina botulínica para controle de dores, bruxismo, correção gengival (sorriso gengival) ou uso em harmonização orofacial.
- e) Aumento de rebordo ou enxertos reconstrutores utilizando qualquer modalidade de plasma de origem sanguínea para essa finalidade, incluindo o plasma rico em plaquetas (PRP).
- f) Clareamento dentário caseiro.
- g) Clareamento dentário de consultório - dente vitalizado
- h) Criocirurgia de neoplasias na região bucomaxilofacial
- i) Crioterapia ou termoterapia em odontologia
- j) Enxerto conjuntivo subepitelial
- k) Faceta em cerâmica pura
- l) Faceta em cerômero
- m) Implante zigomático;
- n) Implantes agulheados;
- o) Implantes subperiosteos;
- p) Laserterapia para reparação tecidual, exceto para tratamento ou prevenção de mucosites por radioterapia/ quimioterapia na região de cabeça e pescoço;
- q) Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semiprecisão;
- r) Próteses do tipo cantilever; que utilizem como retentores dentes (raízes) naturais;
- s) Realização de procedimentos de ortodontia e implantodontia em domicílio;

- t) Realização de qualquer etapa do tratamento de implantodontia em regime hospitalar (preparo ósseo, instalação dos implantes e reabilitação com próteses sobre implante),
- u) Reposição de aparelho ortodôntico/ortopédico nos casos de perda, extravio ou quebra de aparelhos, causados por negligência e/ou imprudência por parte do beneficiário;
- v) Reposicionamento do nervo alveolar inferior;
- w) Sedação endovenosa ambulatorial em odontologia;
- x) Sepultamento radicular;
- y) Teste de capacidade tampão da saliva;
- z) Teste de contagem microbiológica;
- aa) Trabalhos protéticos em ligas preciosas;
- bb) União dente-implante (exemplo: não podem ser unidos na mesma prótese fixa, dentes e implantes).
- cc) Utilização de proteína morfogenética óssea (BMP) em cirurgias bucomaxilofaciais e implantodontia;
- dd) Visitas de odontólogos em domicílio, exceto em casos em que fique comprovado, através de laudos médicos, que o beneficiário está restrito ao lar, independentemente de estar ou não inscrito nos atendimentos domiciliares cobertos pelo plano AMS (Saúde Petrobras);
- ee) O uso de ancoragem ortodôntica do tipo miniplacas ou mini-implantes não terá cobertura para realização hospitalar e ambulatorial (em consultório), não podendo ser cobrada separadamente dos pacotes de tratamento. Os pacotes incluem todos os materiais necessários para o andamento do tratamento.
- ff) Repetições de procedimentos que não constam do rol mínimo de cobertura da Agência Nacional de Saúde, ainda que incluídos na cobertura pelo Plano AMS (Saúde Petrobras), sem a observância dos prazos e critérios técnicos previstos na Cartilha de Orientações - Cobertura Odontológica.

#### 14. JUNTA TECNICA

Conforme previsto na Resolução Normativa nº 424/2017, nos casos em que houver divergência técnico-assistencial entre o profissional assistente e a Operadora em relação aos procedimentos e materiais solicitados, poderá ser instaurada junta médica/odontológica, ocasião em que a divergência será dirimida pelo parecer do profissional desempassador.

O parecer do profissional desempassador é soberano, não cabendo reanálise do mesmo processo já encerrado. Caso o cirurgião-dentista assistente julgue necessário a reanálise, deverá emitir novo relatório e solicitar nova senha de autorização, com ou sem OPME, para análise.

