

MANUAL DE UTILIZAÇÃO PROGRAMA ODONTOLÓGICO DA CEMIG – POD

Sumário

1. DA OFERTA E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PROGRAMA ODONTOLÓGICO DA CEMIG – POD ..	3
2. DA INSCRIÇÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS	3
3. DAS COBERTURAS GARANTIDAS	5
4. DO CUSTEIO	5
5. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO	5
6. DOS PRAZOS DE CARÊNCIA	7
7. LIVRE ESCOLHA	8
8. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS	9
NOTA EXPLICATIVA.....	9
ANEXO I	10
Critérios de contribuição do Programa Odontológico da Cemig – POD	10
ANEXO II	11
Dos Procedimentos Cobertos	11
ANEXO III.....	14
Tabela de Contribuição dos Beneficiários do Programa Odontológico da Cemig – POD	14
ANEXO IV	18
Formulário de Requisição de Reembolso	18
ANEXO V	20
Tabela de Honorários e Procedimentos	20

1. DA OFERTA E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PROGRAMA ODONTOLÓGICO DA CEMIG – POD

- 1.1 O presente Manual tem por objetivo orientar os beneficiários que aderirem ao Programa Odontológico da Cemig, doravante denominado POD, sobre a correta utilização dos serviços postos à sua disposição, bem como esclarecer os principais pontos de interesse dos beneficiários quanto à utilização do Programa, tais como, extensão da cobertura, condições de atendimento, área geográfica de abrangência, casos de exigência de autorização prévia.
 - 1.1.1 O presente Manual deve ser interpretado em consonância com o que dispõe o Contrato Coletivo por Adesão firmado entre a Cemig Saúde e a Odontoprev, para oferta do Plano.
- 1.2 O POD é um Programa contratado pela Cemig Saúde, ofertado pela Odontoprev S/A, através de um Plano Privado de Assistência à Saúde, registrado por esta na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 456.837/08-1, visando à concessão de cobertura odontológica nos termos regulamentares específicos.
- 1.3 A Cemig Saúde efetuou a contratação do Plano, por meio da celebração de Contrato Coletivo por Adesão com a Odontoprev, Operadora do Plano citado no item 1.2, registrada na ANS sob o nº 30.194-9, a quem caberá os encargos afetos à operação do plano na forma da legislação aplicável.
- 1.4 O POD possui as seguintes características gerais:
 - 1.4.1 Tipo de Contratação: Coletivo por Adesão;
 - 1.4.2 Segmentação Assistencial: Odontológica;
 - 1.4.3 Área Geográfica de Abrangência: Nacional;
 - 1.4.4 Formação de preço pré-estabelecida com incidência de coparticipação.

2. DA INSCRIÇÃO E EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

- 2.1 Poderão requerer a adesão ao POD os beneficiários que atenderem à seguinte condição:

- 2.1.1 Serem beneficiários do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI, produto registrado na ANS sob o nº 443.959/03-7 e ofertado pela Cemig Saúde.
- 2.2 Para fins de inscrição no POD serão adotadas as mesmas regras previstas no Regulamento do PSI que definem o enquadramento dos beneficiários titulares ou dependentes.
- 2.3 Para ser inscrito como beneficiário dependente o beneficiário titular deverá também estar inscrito no POD.
- 2.4 Os beneficiários interessados em aderir ao POD deverão requisitar a inscrição na Cemig Saúde, mediante preenchimento de formulário de inscrição.
- 2.5 Os beneficiários que requererem sua inscrição ou de seus dependentes no POD até o dia 20 (vinte) de cada mês, terão suas respectivas inscrições processadas com vigência para o 1º (primeiro) dia do próximo mês.
- 2.6 São causas para cancelamento da inscrição no POD:
 - 2.6.1 Perda do vínculo do beneficiário com a Cemig Saúde em razão do cancelamento da respectiva inscrição no PSI.
 - 2.6.2 Rescisão do contrato coletivo por adesão firmado entre a Cemig Saúde e a Odontoprev.
 - 2.6.3 Inadimplemento da contribuição mensal por período superior a 60 (sessenta) dias, obedecidas às mesmas regras operacionais aplicáveis no PSI previstos em ato normativo específico e que regulam o cancelamento por inadimplência.
 - 2.6.4 Fraude comprovada, sem prejuízo das consequências e responsabilidades legais.
 - 2.6.5 Solicitação à Cemig Saúde, por escrito.
 - 2.6.6 Exclusão dos dependentes, caso ocorra a exclusão do titular.
- 2.7 No caso de requerimento voluntário da exclusão, nos termos do item 2.6.5 acima, realizada dentro do período de 12 (doze) meses contados da data de inscrição do Beneficiário no POD, será cobrado, a título de multa, o correspondente ao valor da contribuição mensal “per capita” ajustada no contrato com a ODONTOPREV, vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis), exceto nas situações de exclusão por desligamento do PSI ou inadimplência.
- 2.8 Não será permitido o retorno do beneficiário que for excluído por fraude.

- 2.8.1 No caso do beneficiário excluído em razão de inadimplência, o retorno ao POD fica condicionado à quitação dos valores pendentes e à estar sujeito a carência caso a reinscrição ocorra no prazo superior 60 dias.

3. DAS COBERTURAS GARANTIDAS

- 3.1 Serão garantidos os procedimentos descritos no anexo II. Os procedimentos não cobertos também constam no anexo.
- 3.2 São assegurados ainda, nos termos da legislação vigente, os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo POD, que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar, que são cobertos pelo PSI.

4. DO CUSTEIO

- 4.1 O POD será custeado pelos seus beneficiários, através de contribuições mensais.
- 4.2 A contribuição mensal dos beneficiários estará disposta no anexo III deste Manual.
- 4.3 As contribuições dos beneficiários, bem como os valores de coparticipação, serão descontadas prioritariamente no contracheque dos titulares.
- 4.3.1 O atraso no pagamento das contribuições e dos valores de coparticipação acarretará juros de mora de 1% ao mês, calculados dia a dia, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito.

5. DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

- 5.1 A identificação dos beneficiários far-se-á pelo Cartão de Identificação do Beneficiário, fornecido pela Odontoprev, acompanhado de um documento de identidade oficial com fotografia.

- 5.2 Os procedimentos abaixo identificados, dentre outros, podem ser submetidos à prévia aprovação da Odontoprev para que possam ser realizados:
- 5.2.1 Aplicação tópica de flúor;
 - 5.2.2 Aplicação de selante;
 - 5.2.3 Raspagem e curetagem sub-gengival.
- 5.3 Nos procedimentos que exijam autorização prévia, essa será solicitada à Odontoprev diretamente pelo prestador e a resposta à solicitação de autorização do procedimento será dada no prazo máximo de 01 (um) dia útil, contado a partir do momento da solicitação, ou em prazo inferior, quando caracterizada a urgência.
- 5.4 Para fins da concessão da autorização prévia será obrigatória a entrega, à Odontoprev, da documentação abaixo relacionada:
- 5.4.1 Parecer devidamente assinado pelo profissional odontólogo assistente, que demonstre o justo motivo para a realização do referido tratamento e;
 - 5.4.2 Radiografias que comprovem a necessidade do referido tratamento, conforme o caso.
- 5.5 Caso seja identificado, por uma junta formada por odontólogos, que determinado procedimento poderá acarretar dano ou ser considerado inócuo ao beneficiário, ficará a Odontoprev dispensada de pagar, reembolsar ou ressarcir ao beneficiário os valores de tal procedimento, ainda que esteja contemplado na cobertura do POD.
- 5.5.1 A junta de profissionais odontólogos acima referida será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo beneficiário, por profissional odontólogo da Odontoprev e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da Odontoprev.
- 5.6 Os atendimentos de emergência ou urgência dar-se-ão imediatamente, sem necessidade de marcação de horário, em qualquer dos prestadores integrantes da Rede Credenciada da Odontoprev, desde que o beneficiário esteja portando a identificação exigida.
- 5.7 Ao final do tratamento o beneficiário deverá submeter-se a radiografias que comprovem a realização do referido tratamento, nos casos devidos.
- 5.7.1 Estas radiografias deverão ser encaminhadas pelo dentista à Odontoprev para finalização do tratamento.

- 5.8 Para a verificação dos profissionais que integram a Rede Credenciada da Odontoprev, além do “Manual do Usuário” entregue pela Odontoprev a cada um dos beneficiários titulares, poderá qualquer parte interessada consultar a Central de Atendimento ou site da Odontoprev.
- 5.9 Os documentos exigidos pelos prestadores devem atender às exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS não estando sob a interveniência da Cemig Saúde.
- 5.10 Será descontado dos beneficiários, a título de coparticipação, os percentuais relativos ao custo de cada evento previsto em cada especialidade especificada no anexo II.

6. DOS PRAZOS DE CARÊNCIA

- 6.1 Entende-se por carência o período de tempo durante o qual o beneficiário não terá direito às coberturas contratadas.
- 6.2 O direito de atendimento ao beneficiário dos serviços previstos neste instrumento será prestado após cumprimento um período de carência de 60 (sessenta) dias para todos os eventos, exceto nos atendimentos em caráter de urgência ou emergência, em que os beneficiários terão direito à utilização das coberturas no prazo de 24 (vinte e quatro) horas após a data de adesão junto à Odontoprev
- 6.2.1 O prazo de carência será contado a partir do início de vigência da adesão do beneficiário junto a Odontoprev, que atualmente é a partir do 1 dia do próximo mês.
- 6.2.2 Estão isentos de carência:
- 6.2.2.1 O beneficiário que se inscrever no POD em até 60 (sessenta) dias da data da celebração do contrato, ou, ainda, em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário do contrato.
- 6.2.2.3 O beneficiário do POD que solicitar sua reinscrição em até a 30 (trinta) dias de sua desvinculação, desde que já tenha cumprido anteriormente as carências.

6.2.2.4 Beneficiários titulares e respectivos dependentes, em razão de novas admissões, bem como a inclusão de beneficiários dependentes, em razão de casamento, nascimento e adoção, prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados da data do evento.

7. LIVRE ESCOLHA

- 7.1 Será permitido ao beneficiário o direito à utilização de prestadores não integrantes da Rede Credenciada da Odontoprev, quando poderá solicitar reembolso das despesas realizadas, limitado à cobertura garantida e aos valores conforme tabela Odontoprev.
- 7.2 Para fins de reembolso, a Odontoprev utilizará uma tabela própria disponível a todos os beneficiários no atendimento Odontoprev em Belo Horizonte.
- 7.3 O reembolso das despesas será efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias, após a entrega à Odontoprev, da seguinte documentação:
 - 7.3.1 A via original do documento comprobatório do pagamento das despesas ao profissional ou entidade não credenciada (recibos ou notas fiscais), que não será devolvida ao beneficiário;
 - 7.3.2 Formulário de Requisição de Reembolso devidamente preenchido e assinado pelo profissional responsável (anexo IV), segundo as normas descritas no próprio documento.
- 7.4 A documentação acima indicada deverá estar acompanhada das radiografias iniciais e finais de todos os tratamentos e procedimentos efetuados, desde que visualizáveis radiograficamente, e deverá ser encaminhada à responsável pelo posto de atendimento da Odontoprev, que se encontra localizado na sede da Cemig Saúde (vide “Das Disposições Finais”).
- 7.5 A Odontoprev não reembolsará as despesas, ainda que decorrentes de eventos cobertos, caso sejam executados em desacordo com os prazos para confecção previstos na Tabela de Honorários e Procedimentos, anexo V, em uma ou mais entidades e/ou profissionais, em seu nome ou em nome de outra pessoa, seja como titular ou dependente.
- 7.6 O beneficiário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

8. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 Informações adicionais e esclarecimentos poderão ser obtidos através do Posto de Atendimento da Odontoprev:

Telefones: (31)3292-7139 / 0800 7263388

e-mail: atendimentocemigsaude@odontoprev.com.br

Avenida Barbacena, 472 - 5º andar - Barro Preto – CEP: 30.190-130 - BH/MG.

NOTA EXPLICATIVA

1. Aprovado na 69ª reunião da Diretoria Executiva de 05.03.2013.
2. Versão atualizada em 14.09.2017
3. Alteração aprovada 225ª reunião do Conselho Deliberativo de 08.02.2024
4. Alteração aprovada 620ª reunião da Diretoria Executiva de 03.04.2025
5. Última alteração aprovada 651ª reunião da Diretoria Executiva de 23.12.2025

ANEXO I

Critérios de contribuição do Programa Odontológico da Cemig – POD

1. O Programa Odontológico da Cemig – POD é custeado através de duas fontes de contribuições:
 - 1.1 Contribuição dos beneficiários conforme tabelas previstas no anexo III deste Manual;
 - 1.2 Contribuição complementar dos beneficiários, cujo montante é apurado na aplicação das tabelas de custeio dos beneficiários:

$$\text{Parte Complementar} = \frac{\text{Contribuições dos beneficiários (titulares e dependentes especiais)} + \text{valor da inadimplência}}{\text{N}^{\circ} \text{ de titulares POD}}$$

2. No caso de requerimento voluntário da exclusão, nos termos do item 2.6.5 acima, realizada dentro do período de 12 (doze) meses contados da data de inscrição do Beneficiário no POD, será cobrado, a título de multa, o correspondente ao valor da contribuição mensal “per capita” ajustada no contrato com a ODONTOPREV, vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis), exceto nas situações de exclusão por desligamento do PSI ou inadimplência.
3. O valor da contribuição complementar será apurado todo mês de janeiro.

ANEXO II

Dos Procedimentos Cobertos

■ CIRURGIA

Alveoplastia
Amputação radicular com obturação retrógrada
Amputação radicular sem obturação retrógrada
Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada
Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada
Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada
Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada
Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada
Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada
Aprofundamento/aumento de vestibulo
Biópsia de boca
Biópsia de glândula salivar
Biópsia de lábio
Biópsia de língua
Biópsia de mandíbula
Biópsia de maxila
Bridectomia
Bridotomia
Cirurgia para exostose maxilar
Cirurgia para torus mandibular – bilateral
Cirurgia para torus mandibular – unilateral
Cirurgia para torus palatino
Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
Cunha proximal
Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética
Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose
Diagnóstico e tratamento de halitose
Diagnóstico e tratamento de xerostomia
Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial
Exérese ou excisão de cálculo salivar
Exérese ou excisão de cistos odontológicos
Exérese ou excisão de mucocèle
Exérese ou excisão de rânula
Exodontia a retalho
Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética
Exodontia de raiz residual
Exodontia simples de permanente
Frenulectomia labial
Frenulectomia lingual
Frenulotomia labial
Frenulotomia lingual
Odonto-secção
Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
Reconstrução de sulco gengivo-labial
Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
Redução incruenta de fratura alvéolo dentária
Remoção de dentes inclusos / impactados
Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
Remoção de odontoma
Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal
Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal
Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial
Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - (sem reconstrução)
Ulectomia
Ulotomia

■ DENTÍSTICA

Ajuste Oclusal por acréscimo
Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
Capeamento pulpar direto
Faceta direta em resina fotopolimerizável
Remoção de trabalho protético
Restauração de amálgama - 1 face
Restauração de amálgama - 2 faces
Restauração de amálgama - 3 faces
Restauração de amálgama - 4 faces
Restauração em ionômero de vidro - 1 face
Restauração em ionômero de vidro - 2 faces
Restauração em ionômero de vidro - 3 faces
Restauração em ionômero de vidro - 4 faces
Restauração em resina fotopolimerizável 1 face
Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces
Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces
Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces

■ DIAGNÓSTICO

Consulta odontológica
Consulta odontológica inicial
Controle pós-operatório em odontologia
Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico

■ EMERGÊNCIA

Colagem de fragmentos dentários
Consulta odontológica de Urgência
Consulta odontológica de Urgência 24 hs
Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial
Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
Pulpectomia
Recimentação de trabalhos protéticos
Redução simples de luxação de Articulação Temporomandibular (ATM)
Reembasamento de coroa provisória
Reimplante dentário com contenção
Remoção de dreno extra-oral
Remoção de dreno intra-oral
Restauração temporária / tratamento expectante
Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial
Tratamento de alveolite
Tratamento de pericoronarite

■ ENDODONTIA

Curativo de demora em endodontia
Preparo para núcleo intrarradicular
Pulpotomia
Remoção de corpo estranho intracanal
Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico
Remoção de núcleo intrarradicular
Retratamento endodôntico birradicular
Retratamento endodôntico multirradicular
Retratamento endodôntico unirradicular
Tratamento de perfuração endodôntica
Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
Tratamento endodôntico birradicular
Tratamento endodôntico multirradicular
Tratamento endodôntico unirradicular

■ ODONTOPEDIATRIA

Aplicação de cariostático
Aplicação de selante - técnica invasiva
Aplicação de selante de fôssulas e fissuras
Aplicação tópica de verniz fluoretado
Condiçãoamento em Odontologia
Condiçãoamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
Controle de cárie incipiente
Coroa de acetato em dente decíduo
Coroa de acetato em dente permanente
Coroa de aço em dente decíduo
Coroa de aço em dente permanente
Coroa de policarbonato em dente decíduo
Coroa de policarbonato em dente permanente
Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica
Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia
Exodontia simples de decíduo
Pulpotomia em Dente Decíduo
Remineralização dentária
Restauração atraumática em dente decíduo
Restauração atraumática em dente permanente
Tratamento endodôntico em dente decíduo

■ PERIODONTIA

Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
Aumento de coroa clínica
Cirurgia odontológica a retalho
Cirurgia periodontal a retalho
Dessensibilização dentária
Enxerto gengival livre
Enxerto pediculado
Gengivectomia
Gengivoplastia
Imobilização dentária em dentes decíduos
Imobilização dentária em dentes permanentes
Raspagem sub-gengival/alisamento radicular

Raspagem supra-gengival
Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
Tratamento de abscesso periodontal agudo
Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA
Tunelização

■ PREVENÇÃO

Aplicação tópica de flúor
Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
Atividade educativa em saúde bucal
Atividade educativa para pais e/ou cuidadores
Controle de biofilme (placa bacteriana)
Profilaxia: polimento coronário
Teste de fluxo salivar
Teste de PH salivar

■ PRÓTESE DENTÁRIA

Coroa provisória com pino
Coroa provisória sem pino
Coroa total em cerômero (somente para dentes anteriores)*
Coroa total metálica
Núcleo de preenchimento
Núcleo metálico fundido
Pino pré-fabricado
Provisório para Restauração metálica fundida
Restauração metálica fundida

■ RADIOLOGIA

Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)
Radiografia interproximal - bite-wing
Radiografia oclusal
Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)
Radiografia periapical

Em qualquer hipótese, os eventos abaixo descritos NÃO SERÃO COBERTOS:

- a) Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, caso não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório;
- b) Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigentes à época do evento e suas despesas hospitalares;
- c) Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológico vigente à época do evento, exceto os procedimentos previstos no documento “Procedimentos Cobertos”;
- d) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- e) Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- f) Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- g) Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- h) Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- i) Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- j) Consultas domiciliares;
- k) Estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos odontológicos cobertos pelo presente Plano de Benefícios que necessitem de internação por imperativo clínico, à exceção apenas e tão somente dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista para a realização de tais procedimentos, desde que estes não estejam listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;
- l) Honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista, quando for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos vigente à época do evento para a segmentação hospitalar;
- m) Transplantes, incluindo-se todos os procedimentos e próteses necessárias.

ANEXO III

Tabela de Contribuição dos Beneficiários do Programa Odontológico da Cemig – POD

Os percentuais e valores de contribuição e seus componentes (limites máximos e mínimos), conforme categoria de beneficiários, estabelecidos para o custeio do POD, serão reajustados anualmente, no mês de janeiro de cada ano.

1. Os beneficiários ativos efetuarão contribuições mensais para o POD, cujos valores serão obtidos através das tabelas abaixo:

Faixa Etária (%)	Ativos	
	Sem dependente	Com dependente
De 0 a 49	0,12	0,16
De 50 a 59	0,13	0,18
60 ou mais	0,14	0,19

- 1.1 Os percentuais da tabela acima serão calculados sobre a remuneração mensal do beneficiário ativo, conforme item 1.2 desta Cláusula.
- 1.2 Entende-se como remuneração, o total recebido pelo beneficiário da respectiva patrocinadora, excluídas as parcelas de natureza variável, tais como horas extras não contratuais, abonos e participações nos lucros e resultados.
- 1.3 A contribuição mensal obedecerá aos limites relacionados na tabela abaixo:

Idade	Ativos	
	Mínimo	Máximo
Sem dependentes	R\$ 7,58	R\$ 25,23
Com dependentes	R\$ 10,10	R\$ 47,96

- 1.3.1 Os limites máximos e mínimos de contribuição dos beneficiários ativos serão corrigidos anualmente, no mês de janeiro de cada ano, pela variação positiva

acumulada do INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.

2. Os beneficiários assistidos efetuarão contribuições mensais para o POD, cujos valores serão obtidos através das tabelas abaixo:

Faixa Etária (%)	Assistidos	
	Sem dependente	Com dependente
De 0 a 49	0,20	0,28
De 50 a 59	0,23	0,31
60 ou mais	0,26	0,34

- 2.1 Os percentuais da tabela acima serão calculados sobre a renda global mensal do beneficiário.
- 2.2 Entende-se como renda global o somatório dos benefícios previdenciários recebidos da FORLUZ e da Previdência Social.
- 2.3 A contribuição do beneficiário que tiver recebido, à vista, parte de seu benefício previdenciário, será calculada sobre o valor mensal que receberia, caso não tivesse feito tal opção.
- 2.4 Caso o beneficiário assistido não receba benefício da Previdência Social, a CEMIG SAÚDE fará o cálculo de um valor hipotético do INSS para composição da renda global, para efeito de contribuição ao POD, sendo este o mínimo entre 70% da renda de ativo menos o benefício e, 70% teto do INSS.
- 2.5 Caso o beneficiário assistido (pensionista) não receba benefício da Previdência Social, será calculado um valor hipotético do INSS para composição da renda global, para efeito de contribuição ao PSI, 70% do valor do INSS do assistido.
- 2.6 Quando da apresentação da “carta de concessão” pelo beneficiário, o valor será recalculado, sem que haja devolução ou cobranças retroativas de valores.
- 2.7 Obriga-se o beneficiário a manter a CEMIG SAÚDE informada sobre o valor do benefício recebido da Previdência Social, constituindo-se falta grave a ocultação de majoração nesse valor, exceto os reajustes de natureza coletiva.
- 2.8 A contribuição mensal obedecerá aos limites relacionados na tabela abaixo:

Idade	Assistidos	
	Mínimo	Máximo
Sem dependentes	R\$ 10,10	R\$ 45,42
Com dependentes	R\$ 12,62	R\$ 63,09

- 2.9 Os limites máximos e mínimos de contribuição dos beneficiários assistidos serão corrigidos anualmente no mês de janeiro de cada ano, pela variação positiva acumulada do INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.
3. Os dependentes especiais farão contribuições individuais em função da idade de cada usuário inscrito no POD, cujos valores serão obtidos através das tabelas abaixo:

Faixa etária	Valor
De 0 a 18 anos	R\$ 9,38
De 19 a 23 anos	R\$ 10,80
De 24 a 28 anos	R\$ 12,42
De 29 a 33 anos	R\$ 12,81
De 34 a 38 anos	R\$ 13,01
De 39 a 43 anos	R\$ 15,13
De 44 a 48 anos	R\$ 18,74
De 49 a 53 anos	R\$ 21,78
De 54 a 58 anos	R\$ 25,26
Acima de 59 anos	R\$ 37,57

- 3.1 A contribuição mensal referente a cada dependente especial não poderá ser superior a 6,6% (seis vírgula seis por cento) da remuneração do beneficiário, se estiver em atividade, ou de sua renda global, se estiver em gozo de benefício previdenciário da FORLUZ. A menor contribuição será correspondente ao valor da faixa inicial da tabela.
- 3.2 Os valores das mensalidades da tabela acima serão corrigidos anualmente no mês de janeiro de cada ano, pela variação positiva acumulada do INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.

4. Os beneficiários “outros elegíveis” e seus respectivos dependentes farão contribuições individuais para cada usuário inscrito no POD, conforme valores da tabela abaixo:

Beneficiário	Valor da mensalidade
Titular	R\$ 38,04
Dependente	R\$ 38,04

- 4.1 Os valores das mensalidades constantes da tabela de contribuição dos beneficiários autopatrocinados serão corrigidos anualmente no mês de janeiro de cada ano, pela variação positiva acumulada do INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ESTE CAMPO NÃO PODE SER RASURADO

ORIENTAÇÕES PARA REEMBOLSO

- Leve o FRR (Formulário de Requisição de Reembolso) na primeira consulta com seu dentista.
- Preencha corretamente o FRR (ver item 1).
- Preencha corretamente os DADOS BANCÁRIOS e o CPF do Associado Titular.
- Envie o FRR para a Caixa Postal informada abaixo ou verifique com o RH a melhor forma de encaminhá-lo.
- Verifique corretamente os requisitos necessários para pagamento do reembolso.

Endereço: ODONTOPREV S/A - Departamento Clínico - Setor de Livre Escolha
Caixa Postal 261 - CEP: 06455-972 - Barueri - SP

1. PREENCHIMENTO DO FRR - CAMPOS OBRIGATÓRIOS

- Dados completos do Cirurgião Dentista e CPF
- Dados bancários do Associado Titular do plano e CPF
- Número da Carteira OdontoPrev e nome do paciente (em tratamento com o Cirurgião dentista)
- Nome e Cargo do Associado Titular do plano.
- Descrição do tratamento realizado, que deve conter: número do dente tratado, faces, área ou região da boca tratadas, descrição detalhada do evento realizado (um evento por linha) e valor cobrado pelo dentista (por evento realizado).

2. SIMULAÇÃO DO VALOR DE REEMBOLSO

Uma vez preenchido o FRR, você pode enviá-lo por FAX A/C do Departamento Clínico, fone: (55) 11 2181-2299. Após dois dias úteis o valor simulado de seu reembolso estará disponível no telefone: 0800 702 9000 Disque OdontoPrev. Para agilizar o processo, tenha em mãos o número deste FRR. **Atenção: o fax não é aceito para efetivação de seu reembolso.**

3. ENVIO DO FRR PARA REEMBOLSO

- Observe o item 1 referente ao preenchimento do FRR para obtenção de reembolso.
- Enviar o FRR e RECIBO ORIGINAIS. O recibo deve ser emitido pelo Cirurgião dentista, em valor igual ao total do tratamento realizado e descrito neste FRR.
- Enviar a documentação clínica completa do caso, inclusive radiografias iniciais e finais dos tratamentos visualizáveis radiograficamente (restaurações, próteses, endodontia e cirurgia, entre outros).

4. EFETIVAÇÃO DO REEMBOLSO

O valor do reembolso devido será creditado na conta corrente do Associado Titular informada no FRR no prazo estabelecido em contrato, desde que cumpridos os requisitos estabelecidos nos itens 1 e 3.

IMPORTANTE: Os originais do FRR e do recibo não são devolvidos. Os eventos reembolsáveis, bem como os respectivos valores são definidos entre a empresa com a qual o Associado Titular mantém vínculo e a OdontoPrev.

Solicitação de Reembolso e Termo de Responsabilidade

Declaramos estar cientes e de acordo com as normas e os procedimentos descritos neste FRR, sobretudo da necessidade de apresentação do original do FRR e do recibo de pagamento profissional, bem como da documentação radiográfica referente ao tratamento informado neste FRR. Declaramos ainda, ciência de que este FRR será devolvido, caso todos os documentos pertinentes ao tratamento em questão não sejam apresentados corretamente.

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Associado Titular

Assinatura do Cirurgião - Dentista

Auditado em: ____/____/____.

Auditor: _____

Aprovado para: ____/____/____.

Valor aprovado: _____

ANEXO V

Tabela de Honorários e Procedimentos

A Unidade Odontológica – UO será de R\$ 0,62 (sessenta e dois centavos) no período compreendido entre 01/01/2026 a 31/12/2026.

Descrição do Evento	Código	T.P.C. Quantidade de U.O. de Rede	T.P.R./T.P.R.E. U.O. de Ressarcimento/ Reembolso	Periodicidade (meses)	Observação sobre a operação dos eventos
■ CIRURGIA					
Alveoplastia	82.000.884	112,85	112,85	Evento Único	-
Amputação radiolar com obturação retrógrada	82.000.860	228,14	228,14	Evento Único	-
Amputação radiolar sem obturação retrógrada	82.000.889	211,84	211,84	Evento Único	-
Apioetomia birradiolares com obturação retrógrada	82.000.377	384,87	188,85	Evento Único	-
Apioetomia birradiolares sem obturação retrógrada	82.000.385	333,50	188,85	Evento Único	-
Apioetomia multirradiolares com obturação retrógrada	82.000.168	433,79	188,85	Evento Único	-
Apioetomia multirradiolares sem obturação retrógrada	82.000.188	398,54	188,85	Evento Único	-
Apioetomia unirradiolares com obturação retrógrada	82.000.174	348,17	183,31	Evento Único	-
Apioetomia unirradiolares sem obturação retrógrada	82.000.182	303,58	183,31	Evento Único	-
Aprofundamento de vestibulo	82.000.180	118,85	118,85	Evento Único	pré-aprovação
Biópsia de boca	82.000.239	140,42	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Biópsia de glândula salivar	82.000.247	140,42	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Biópsia de lábio	82.000.255	140,42	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Biópsia de língua	82.000.269	140,42	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Biópsia de mandíbula	82.000.271	140,42	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Biópsia de maxila	82.000.280	140,42	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Brideotomia	82.000.288	210,08	217,00	Evento Único	pré-aprovação
Bridotomia	82.000.301	210,08	217,00	Evento Único	pré-aprovação
Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	82.000.344	250,00	250,00	24	pré-aprovação
Cirurgia para exostose maxilar	82.000.362	118,85	118,85	Evento Único	-
Cirurgia para torus mandibular bilateral	82.000.380	188,21	118,85	Evento Único	-
Cirurgia para torus mandibular unilateral	82.000.387	94,11	118,85	Evento Único	-
Cirurgia para torus palatino	82.000.395	118,85	118,85	Evento Único	-
Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	82.000.441	48,88	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Consulta de Especialista em Estomatologia	00.000.308	29,18	29,18	8	-
Cunha proximal	82.000.557	99,48	30,88	Evento Único	-
Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	81.000.187	29,18	29,18	8	Autorização Especial
Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	81.000.200	29,18	29,18	8	Autorização Especial
Diagnóstico e tratamento de halitose	81.000.219	29,18	29,18	8	Autorização Especial
Diagnóstico e tratamento de xerostomia	81.000.235	29,18	29,18	8	Autorização Especial
Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	82.000.743	385,00	385,00	Evento Único	Autorização Especial
Exérese ou excisão de oâculo salivar	82.000.778	188,79	48,88	Evento Único	Autorização Especial
Exérese ou excisão de oistos odontológicos	82.000.788	218,42	138,99	Evento Único	-
Exérese ou excisão de mucocele	82.000.784	177,83	198,00	Evento Único	Autorização Especial
Exérese ou excisão de rânula	82.000.808	234,00	848,00	Evento Único	Autorização Especial
Exodontia a retalho	82.000.818	110,00	72,91	Evento Único	-
Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	82.000.832	75,83	48,88	Evento Único	-
Exodontia de raiz residual	82.000.859	88,00	58,33	Evento Único	-
Exodontia simples de permanente	82.000.875	85,83	48,88	Evento Único	-
Frenulectomia labial	82.000.883	58,50	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Frenulectomia lingual	82.000.891	81,82	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Frenulotomia labial	82.000.905	58,50	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Frenulotomia lingual	82.000.913	81,82	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Odontogeoção	82.001.873	142,00	142,00	Evento Único	-
Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	82.001.103	48,88	48,88	Evento Único	Autorização Especial
Reconstrução de sulco gengivo-labial	82.001.164	118,85	118,85	Evento Único	pré-aprovação
Redução orofenta de fratura alvéolo dentária	82.001.170	825,00	540,00	Evento Único	-
Redução de Tuberocidade	00.000.383	118,85	118,85	Evento Único	-
Redução inoruenta de fratura alvéolo dentária	82.001.189	700,00	300,00	Evento Único	Autorização Especial
Remoção de corpo estranho no seio maxilar	00.000.328	440,00	440,00	Evento Único	-
Remoção de dentes inolusos / impactados	82.001.288	373,30	373,30	Evento Único	-
Remoção de dentes semi-inolusos / impactados	82.001.284	233,30	233,30	Evento Único	-
Remoção de odontoma	82.001.387	385,00	385,00	Evento Único	Autorização Especial
Traicionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	82.001.502	373,30	373,30	Evento Único	-
Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal	82.001.510	280,79	440,00	Evento Único	Autorização Especial
Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal	82.001.529	280,79	440,00	Evento Único	Autorização Especial
Tratamento cirúrgico de bridas oonstritivas da região buco-maxilo-facial	82.001.545	210,08	217,00	Evento Único	pré-aprovação
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de teoidos moles na região buco-maxilo-facial	82.001.553	48,88	48,88	8	Autorização Especial
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de teoidos osseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	82.001.588	48,88	48,88	Evento Único	Autorização Especial
Tratamento cirúrgico de tumores benignos de teoidos osseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	82.001.589	410,00	410,00	Evento Único	-
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de teoidos moles na região buco-maxilo-facial	82.001.818	385,00	385,00	Evento Único	-
Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	82.001.884	470,00	470,00	Evento Único	-
Uleotomia	82.001.707	55,38	30,88	Evento Único	-
Ulotomia	82.001.715	55,38	30,88	Evento Único	-

Descrição do Evento	Código	T.P.C. Quantidade de U.O. de Rede	T.P.R./T.P.R.E. U.O. de Ressarcimento/ Reembolso	Periodicidade (meses)	Observação sobre a operação dos eventos
■ DENTÍSTICA					
Ajuste Oculal por aorésoimo	86.400.017	28,18	28,18	12	pré-aprovação
Ajuste Oculal por desgaste seletivo	86.400.025	28,18	28,18	12	pré-aprovação
Capeamento pulpar direto	86.100.013	23,98	19,83	Evento Único	-
Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro	81.000.080	172,00	172,00	24	-
Faleta direta em resina fotopolimerizável	86.100.084	217,00	178,40	80	pré-aprovação
Núcleo de preenchimento para restauração	00.000.083	88,21	81,80	24	pré-aprovação
Remoção de trabalho protético	86.400.606	42,00	42,00	80	-
Restauração de amálgama - 1 faoe	86.100.089	67,30	47,80	24	-
Restauração de amálgama - 2 faoes	86.100.102	73,33	58,33	24	-
Restauração de amálgama - 3 faoes	86.100.110	81,80	68,24	24	-
Restauração de amálgama - 4 faoes	86.100.129	93,70	78,18	24	-
Restauração de pino	00.000.061	114,80	95,88	24	-
Restauração em ionômero de vidro - 1 faoe	86.100.137	67,30	47,80	24	-
Restauração em ionômero de vidro - 2 faoes	86.100.145	88,90	68,33	24	-
Restauração em ionômero de vidro - 3 faoes	86.100.163	81,80	68,24	24	-
Restauração em ionômero de vidro - 4 faoes	86.100.181	81,80	68,24	24	-
Restauração em resina fotopolimerizável 1 faoe	86.100.188	86,00	48,60	24	-
Restauração em resina fotopolimerizável 2 faoes	86.100.200	84,24	70,22	24	-
Restauração em resina fotopolimerizável 3 faoes	86.100.218	110,88	92,28	24	-
Restauração em resina fotopolimerizável 4 faoes	86.100.226	110,88	92,28	24	-
■ DIAGNÓSTICO					
Consulta odontológica	81.000.080	37,00	29,18	3	-
Consulta odontológica inicial	81.000.086	37,00	29,18	3	-
Controle pós-operatório em odontologia	82.000.608	29,18	29,18	3	Autorização Especial
Diagnóstico anatomopatológico em otologia estrofativa na região buco-mazilo-facial	81.000.111	210,00	210,00	3	-
Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-mazilo-facial	81.000.138	210,00	210,00	3	-
Diagnóstico anatomopatológico em pega oirúrgica na região buco-mazilo-facial	81.000.164	210,00	210,00	3	-
Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-mazilo-facial	81.000.170	210,00	210,00	3	-
Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	81.000.188	29,18	29,18	3	-
■ EMERGÊNCIA					
Colagem de fragmentos dentários	86.100.048	43,00	39,08	0	-
Consulta odontológica de Urgência	81.000.048	43,00	39,08	0	-
Consulta odontológica de Urgência 24 hs	81.000.067	39,08	39,08	0	-
Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-mazilo-facial	82.000.488	43,00	39,08	0	-
Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-mazilo-facial	82.000.484	43,00	39,08	1	-
Inalação e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-mazilo-facial	82.001.022	43,00	39,08	0	-
Inalação e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-mazilo-facial	82.001.030	43,00	39,08	0	-
Pulpotomia	86.200.094	43,00	39,08	0	-
Reorientação de trabalhos protéticos	86.400.487	43,00	39,08	0	-
Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	82.001.187	43,00	39,08	0	-
Reembasamento de coroa provisória	86.400.476	39,08	39,08	0	-
Reimplante dentário com contenção	82.001.251	43,00	39,08	Evento Único	-
Remoção de dreno extra-oral	82.001.308	39,08	39,08	Evento Único	-
Remoção de dreno intra-oral	82.001.316	39,08	39,08	Evento Único	-
Restauração temporária / tratamento espontâneo	86.200.086	43,00	39,08	0	-
Sutura de ferida em região buco-mazilo-facial	82.001.488	39,08	39,08	Evento Único	-
Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	82.001.642	39,08	39,08	0	-
Tratamento de alveolite	82.001.660	43,00	39,08	0	-
Tratamento de pericoronarite	86.300.080	43,00	39,08	0	-
■ ENDODONTIA					
Clareamento de dente desvitalizado	86.200.018	87,60	68,33	24	-
Curativo de demora em endodontia	86.100.068	82,79	82,79	1	Autorização Especial
Preparo para núcleo intraradiolar	86.200.028	39,00	39,00	80	-
Pulpotomia	86.200.042	91,00	81,00	Evento Único	-
Remoção de corpo estranho intracanal	86.200.060	86,60	86,60	80	-
Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	86.200.088	86,60	86,60	Evento Único	Autorização Especial
Remoção de núcleo intraradiolar	86.200.077	87,00	87,00	Evento Único	-
Retratamento endodôntico birradiolar	86.200.083	619,40	481,70	38	-
Retratamento endodôntico multirradiolar	86.200.107	731,90	653,20	38	-
Retratamento endodôntico unirradiolar	86.200.115	327,90	287,60	38	-
Tratamento de perfuração endodôntica	86.200.123	188,00	86,60	Evento Único	-
Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	86.200.131	82,79	82,79	Evento Único	-
Tratamento endodôntico birradiolar	86.200.140	348,40	288,70	Evento Único	-
Tratamento endodôntico multirradiolar	86.200.168	602,00	399,70	Evento Único	-
Tratamento endodôntico unirradiolar	86.200.186	242,87	201,20	Evento Único	-
Tratamento endodôntico unirradiolar	86.200.188	242,87	201,20	Evento Único	-

Descrição do Evento	Código	T.P.C. Quantidade de U.O. de Rede	T.P.R./T.P.R.E. U.O. de Reembolso/ Reembolso	Periodicidade (meses)	Observação sobre a operação dos eventos
■ IMPLANTE					
Coroa provisória sobre implante	85.500.011	600,00	319,14	60	pré-aprovação
Coroa total metalo cerâmica sobre implante	85.500.038	3750,00	2280,00	60	pré-aprovação
Coroa total metalo plástica sobre implante - cerâmico	85.500.046	3200,00	2280,00	60	pré-aprovação
Coroa total metalo plástica sobre implante resina acrílica	85.500.054	2900,00	2280,00	60	pré-aprovação
Encaimento de diagnóstico para Prótese Sobre Implante	00.000.049	250,00	150,00	60	pré-aprovação
Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	82.000.581	2750,00	1443,75	60	pré-aprovação
Enxerto com osso autógeno do mento	82.000.603	1925,00	1155,00	60	pré-aprovação
Enxerto com osso liofilizado	82.000.620	1800,00	315,00	60	pré-aprovação
Guia cirúrgico para implante	85.500.062	300,00	159,57	60	pré-aprovação
Implante ósseo integrado	82.000.080	3250,00	1878,00	60	pré-aprovação
Levantamento do seio maxilar com osso autógeno	82.001.049	2500,00	1325,00	60	pré-aprovação
Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado	82.001.065	2500,00	1325,00	60	pré-aprovação
Manutenção de prótese sobre implantes	85.500.089	50,00	26,50	12	pré-aprovação
Overdenture barra clipe ou oring sobre dois implantes	85.500.097	4500,00	2731,50	60	pré-aprovação
Overdenture barra clipe ou oring sobre quatro ou mais implantes	85.500.100	6500,00	3900,00	60	pré-aprovação
Prótese parcial fixa implanto suportada	85.500.127	3750,00	2278,25	60	pré-aprovação
Protocolo Branemark para 4 implantes	85.500.150	24000,00	14400,00	60	pré-aprovação
Protocolo Branemark para 5 implantes	85.500.178	30000,00	18000,00	60	pré-aprovação
Protocolo Branemark provisório para 4 implantes	85.500.186	4500,00	2700,00	60	pré-aprovação
Protocolo Branemark provisório para 5 implantes	85.500.194	6750,00	4050,00	60	pré-aprovação
Reabertura - colocação de cicatrizador	82.001.138	34,75	34,75	6	pré-aprovação
Regeneração tecidual guiada - RTG	82.001.243	750,00	387,50	36	pré-aprovação
Remoção de implante dentário não ósseo integrado	82.001.324	375,30	44,68	60	pré-aprovação
Tratamento de perimplantite por implante	85.500.224	150,00	78,50	12	pré-aprovação
Tratamento de perimplantite por implante	00.000.048	150,00	78,50	12	pré-aprovação
■ ODONTOLOGIA LEGAL					
Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	81.000.073	29,16	29,16	0	Autorização Especial
■ ODONTOPEDIATRIA					
Adequação de Mido	85.100.242	19,83	19,83	12	Autorização Especial
Aplicação de carlostático	84.000.031	19,83	19,83	6	pré-aprovação
Aplicação de selante - técnica invasiva	84.000.058	25,00	19,83	12	-
Aplicação de selante de fissuras e fissuras	84.000.074	25,00	19,83	12	-
Aplicação tópica de verniz fluorado	84.000.112	24,92	14,00	6	pré-aprovação
Condicionamento em Odontologia	81.000.014	29,16	29,16	6	pré-aprovação
Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	87.000.032	29,16	29,16	6	pré-aprovação
Controle de cárie incipiente	84.000.171	19,83	19,83	3	-
Coroa de acetato em dente decíduo	83.000.020	107,00	86,20	24	-
Coroa de acetato em dente permanente	87.000.040	107,00	86,20	24	-
Coroa de aço em dente decíduo	83.000.046	300,00	300,00	24	-
Coroa de aço em dente permanente	87.000.059	300,00	300,00	24	-
Coroa de policarbonato em dente decíduo	83.000.062	300,00	300,00	24	-
Coroa de policarbonato em dente permanente	87.000.067	300,00	300,00	24	-
Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	82.000.700	29,16	29,16	6	pré-aprovação
Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	87.000.148	29,16	29,16	6	pré-aprovação
Exodontia simples de decíduo	83.000.089	56,33	46,66	Evento Único	-
Mantenedor de espaço fixo	83.000.097	362,66	192,21	12	pré-aprovação
Mantenedor de espaço removível	83.000.100	362,66	192,21	12	pré-aprovação
Pulpotomia em Dente Decíduo	83.000.127	91,00	91,00	Evento Único	-
Remineralização	84.000.201	24,92	14,00	6	pré-aprovação
Restauração traumática em dente decíduo	83.000.135	19,83	19,83	6	Autorização Especial
Restauração traumática em dente permanente	85.100.080	19,83	19,83	6	Autorização Especial
Tratamento endodôntico em dente decíduo	83.000.151	140,60	117,20	24	-
■ ORTODONTIA					
Aparelho extra-bucal	86.000.055	0,00	627,85	60	pré-aprovação
Aparelho ortodôntico fixo estético	86.000.063	0,00	1427,17	84	pré-aprovação
Aparelho ortodôntico fixo estético parcial	86.000.080	0,00	962,79	84	pré-aprovação
Aparelho ortodôntico fixo metálico	86.000.098	0,00	1427,17	84	pré-aprovação
Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial	86.000.110	0,00	962,79	84	pré-aprovação
Aparelho removível com alças biorotor invertida ou de Escheleer	86.000.128	0,00	525,35	60	pré-aprovação
Arco lingual	86.000.144	0,00	329,52	60	pré-aprovação
Barras transpalatina fixa	86.000.152	0,00	329,52	60	pré-aprovação
Barras transpalatina removível	86.000.160	0,00	329,52	60	pré-aprovação
Bolão de Nance	86.000.195	0,00	329,52	60	pré-aprovação
Contenção fixa - por arcade	86.000.209	0,00	220,00	36	pré-aprovação
Disjuntor palatino - Hinx	86.000.225	0,00	970,56	60	pré-aprovação
Disjuntor palatino - Macramora	86.000.233	0,00	970,56	60	pré-aprovação
Distalizador com mola nitinol	86.000.241	0,00	627,37	60	pré-aprovação
Distalizador de Hilgers	86.000.250	0,00	406,31	60	pré-aprovação
Distalizador Distal Jet	86.000.268	0,00	629,93	60	pré-aprovação
Distalizador Pendulo/Pendex	86.000.276	0,00	406,31	60	pré-aprovação

Descrição do Evento	Código	T.P.C. Quantidade de U.O. de Rede	T.P.R./T.P.R.E. U.O. de Recrascimento/ Reembolso	Periodicidade (meses)	Observação sobre a operação dos eventos
■ ORTODONTIA					
Distalizador tipo Jones Jig	88.000.284	0,00	829,88	80	pré-aprovação
Estudo e Planejamento Ortodôntico	00.000.014	28,18	28,18	3	-
Gianelly	88.000.308	0,00	829,88	80	pré-aprovação
Grade palatina fixa	88.000.814	0,00	829,88	80	pré-aprovação
Grade palatina removível	88.000.822	0,00	608,18	80	pré-aprovação
Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	88.000.867	307,70	121,25	1	pré-aprovação
Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico	88.000.886	307,70	121,25	1	pré-aprovação
Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	88.000.878	307,70	121,25	0	pré-aprovação
Mentoneira	88.000.390	0,00	829,88	0	pré-aprovação
Ortodontia Móvel / Aparelhos móveis estéticos (Nite-Guide / Oculus- 00Guide / Ortho-T / Interim "G")	00.000.084	0,00	1885,62	80	pré-aprovação
Placa de distalização de molares	88.000.454	0,00	829,88	80	pré-aprovação
Placa de Hawley	88.000.482	0,00	625,35	80	pré-aprovação
Placa de Hawley - com tomo expensor	88.000.470	0,00	829,88	80	pré-aprovação
Placa de mordida ortodôntica	88.000.489	0,00	380,00	12	pré-aprovação
Placa de verticalização de ovinhos	88.000.600	0,00	829,88	80	pré-aprovação
Placa encausada de Maurício	88.000.627	0,00	829,88	80	pré-aprovação
Placa lábio-ativa	88.000.636	0,00	328,50	80	pré-aprovação
Placa oclusal resiliente	88.400.270	0,00	380,00	80	pré-aprovação
Plano anterior fixo	88.000.643	0,00	408,31	80	pré-aprovação
Plano inclinado	88.000.651	0,00	408,31	80	pré-aprovação
Quadrilheio	88.000.680	0,00	837,37	80	pré-aprovação
Resuperador de Espaço	00.000.086	0,00	182,21	80	pré-aprovação
■ ORTODONTIA FUNCIONAL DOS MAXILARES					
Aparelho de Klammt	88.000.020	0,00	1427,17	80	pré-aprovação
Aparelho de Thurov	88.000.047	0,00	1427,17	80	pré-aprovação
APM - Aparelho de Protração Mandibular	88.000.198	0,00	1885,22	80	pré-aprovação
Bionator de Balters	88.000.179	0,00	1427,17	80	pré-aprovação
Bloco geminado de Clark twinblock	88.000.187	0,00	1427,17	80	pré-aprovação
Herbst encausado	88.000.390	0,00	1885,22	80	pré-aprovação
Máscara facial Delaire e Tração Reversa	88.000.381	0,00	827,85	80	pré-aprovação
Modelador elástico de Simiel	88.000.408	0,00	1427,17	80	pré-aprovação
Monobloco	88.000.411	0,00	1427,17	80	pré-aprovação
Pistas diretas de Planas - superior e inferior	88.000.438	0,00	1427,17	80	pré-aprovação
Pistas indiretas de Planas	88.000.448	0,00	1427,17	80	pré-aprovação
Placa dupla de Sanders	88.000.519	0,00	1427,17	80	pré-aprovação
Regulador de função de Frankel	88.000.578	0,00	1885,22	80	pré-aprovação
Simões Network	88.000.588	0,00	1427,17	80	pré-aprovação
Splitter	88.000.584	0,00	1427,17	80	pré-aprovação
■ PERIODONTIA					
Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	82.000.028	57,80	57,80	8	-
Aumento de osso alveolar	82.000.212	138,00	138,00	8	-
Cirurgia odontológica a retalho	82.000.398	87,48	87,48	12	-
Cirurgia periodontal a retalho	82.000.417	300,00	130,85	12	pré-aprovação
Consulta de Especialista em Periodontia	00.000.008	58,32	58,32	3	-
Consulta e Raspagem sub-gengival com polimento radiolar	00.900.021	110,00	78,47	8	-
Consulta e Raspagem Supra Gengival por Amada (Manual e/ou Ultrassom)	00.900.020	55,10	55,10	8	pré-aprovação
com Profilaxia.					
Dessensibilização dentária	85.300.012	18,48	48,99	12	-
Enxerto conjuntivo subepitelial	82.000.848	135,00	87,48	80	pré-aprovação
Enxerto gengival livre	82.000.862	135,00	87,48	80	pré-aprovação
Enxerto pediculado	82.000.888	135,00	87,48	80	pré-aprovação
Gengivectomia	82.000.921	34,75	138,00	8	pré-aprovação
Gengivoplastia	82.000.948	138,00	34,75	8	pré-aprovação
Imobilização dentária em dentes deciduos	85.000.787	91,62	79,91	12	-
Imobilização dentária em dentes permanentes	85.300.020	91,62	79,91	12	-
Manutenção Periodontal	85.300.088	82,00	92,40	3	-
Raspagem sub-gengival/aliseamento radiolar	85.300.038	78,47	78,47	8	-
Raspagem supra-gengival	85.300.047	55,10	55,10	8	pré-aprovação
Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	85.300.066	83,82	83,82	12	-
Sepultamento radiolar	82.001.484	142,00	142,00	Evento Único	-
Tratamento de abscesso periodontal agudo	85.300.083	57,42	38,08	12	-
Tratamento de gengivite neorascante aguda - GUNA	85.300.071	78,47	78,47	8	-
Tunelização	82.001.885	87,48	87,48	12	-

Descrição do Evento	Código	T.P.C. Quantidade de U.O. de Rede	T.P.R./T.P.R.E. U.O. de Reembolso/	Periodicidade (meses)	Observação sobre a operação dos eventos
■ PREVENÇÃO					
Aplicação tópica de flúor	84.000.080	88,89	88,89	8	-
Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	87.000.018	35,00	35,00	8	-
Atividade educativa em saúde bucal	84.000.189	35,00	35,00	8	-
Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	87.000.024	35,00	35,00	8	-
Consulta e Profilaxia por ansada	00.900.014	32,40	32,40	8	-
Controle de biofilme (placa bacteriana)	84.000.183	40,43	40,43	8	-
Orientação de Higiene Bucal (técnica de escovação e bochecho com flúor)	00.900.081	35,00	35,00	8	-
Profilaxia: polimento coronário	84.000.188	32,40	32,40	8	-
Promoção de Saúde - Consulta + Controle de Placa	00.900.024	35,00	35,00	0	-
Promoção de Saúde - Consulta e Orientação de higiene	00.900.023	28,18	28,18	0	-
Promoção de Saúde - Consulta e Flúor	00.900.022	88,89	88,89	0	-
Teste de capacidade tampão da saliva	84.000.228	28,18	28,18	8	Autorização Especial
Teste de contagem microbiológica	84.000.238	28,18	28,18	8	Autorização Especial
Teste de fluxo salivar	84.000.244	28,18	28,18	12	Autorização Especial
Teste de PH salivar	84.000.252	28,18	28,18	12	Autorização Especial
■ PRÓTESE DENTÁRIA					
Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	85.400.083	173,71	58,33	12	pré-aprovação
Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	85.400.060	173,71	58,33	12	pré-aprovação
Consulta de Especialista em Prótese	00.000.010	28,18	28,18	3	-
Coroa 3/4 ou 4/5	85.400.672	444,44	239,13	80	pré-aprovação
Coroa em cerâmico metal free - Pré Aprovação	00.900.083	860,00	469,29	80	pré-aprovação
Coroa provisória com pino	85.400.078	137,88	78,18	8	pré-aprovação
Coroa provisória sem pino	85.400.084	137,88	78,18	8	pré-aprovação
Coroa total cerâmica prensada	85.400.082	368,80	243,22	80	pré-aprovação
Coroa total em cerâmica pura	85.400.108	1237,85	478,63	80	pré-aprovação
Coroa total em cerâmico (somente para dentes anteriores)*	85.400.114	860,00	469,29	80	pré-aprovação
Coroa total metálica	85.400.149	538,81	318,71	80	pré-aprovação
Coroa total metalo cerâmico	85.400.167	1237,85	583,28	80	pré-aprovação
Coroa total metalo plástico cerâmico	85.400.185	860,00	469,29	80	pré-aprovação
Coroa total metalo plástico resina cerâmica	85.400.173	783,74	437,44	80	pré-aprovação
Coroa Veneer	00.000.060	783,74	412,38	80	pré-aprovação
Faeta em cerâmica pura	85.400.181	1063,48	478,63	80	pré-aprovação
Faeta em cerâmico	85.400.180	829,68	375,24	80	pré-aprovação
Laminado em resina	00.000.047	882,31	314,51	80	pré-aprovação
Núcleo de preenchimento	85.400.211	145,81	145,81	80	pré-aprovação
Núcleo metálico fundido	85.400.220	234,27	145,81	80	pré-aprovação
Órtese mioelastante (placa oclusal estabilizadora)	85.400.248	435,41	231,68	12	pré-aprovação
Pino pré fabricado	85.400.282	234,27	145,81	80	pré-aprovação
Placa de Acetato para Clareamento Caseiro	85.100.072	235,00	80,00	24	pré-aprovação
Prótese fixa adesiva em cerâmico livre de metal (metal free)	85.400.297	2618,83	1414,17	80	pré-aprovação
Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmico	85.400.300	1307,89	734,91	80	pré-aprovação
Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástico	85.400.319	1048,39	587,83	80	pré-aprovação
Prótese parcial fixa em cerâmico livre de metal (metal free)	85.400.327	860,00	469,29	80	pré-aprovação
Prótese parcial fixa em metalo cerâmico	85.400.335	1237,85	583,18	80	pré-aprovação
Prótese parcial fixa em metalo plástico	85.400.343	711,21	437,44	80	pré-aprovação
Prótese parcial fixa In Ceram livre de metal (metal free)	85.400.361	1089,33	583,18	80	pré-aprovação
Prótese parcial fixa In Ceram livre de metal (metal free) e Consulta	00.900.082	1079,41	583,28	80	pré-aprovação
Prótese parcial fixa provisória	85.400.380	137,88	78,18	8	pré-aprovação
Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	85.400.378	3200,00	1162,00	80	pré-aprovação
Prótese parcial removível com grampos bilateral	85.400.388	1245,88	474,19	80	pré-aprovação
Prótese parcial removível provisória em cerâmico com ou sem grampos	85.400.384	473,51	231,68	80	pré-aprovação
Prótese total	85.400.408	1185,10	583,18	80	pré-aprovação
Prótese total imediata	85.400.418	844,88	583,18	80	pré-aprovação
Prótese total imolcor	85.400.424	1279,85	882,94	80	pré-aprovação
Provisório para Restauração metálica fundida	85.400.459	137,88	78,18	8	pré-aprovação
Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	85.400.483	205,18	184,81	12	pré-aprovação
Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	85.400.481	283,11	184,81	12	pré-aprovação
Restauração em cerâmico pura - inlay	85.400.613	1063,48	478,63	80	pré-aprovação
Restauração em cerâmico pura - onlay	85.400.621	1063,48	478,63	80	pré-aprovação
Restauração em cerâmico - inlay	85.400.648	829,68	375,24	80	pré-aprovação
Restauração em cerâmico - onlay	85.400.630	829,68	375,24	80	pré-aprovação
Restauração em resina (indireta) - inlay	85.100.170	882,31	314,51	80	pré-aprovação
Restauração em resina (indireta) - Onlay	85.100.188	882,31	314,51	80	pré-aprovação
Restauração metálica fundida	85.400.668	444,44	239,13	80	pré-aprovação

Descrição do Evento	Código	TPC. Quantidade de U.O. de Rede	TPR/TPRE U.O. de Resarcimento/ Reembolso	Periodicidade (meses)	Observação sobre a operação dos eventos
■ RADIOLOGIA					
Discrepância de Modelos	00.000.060	40,00	25,00	12	-
Documentação ortodôntica básica: radiografia panorâmica básica, tele com traçado e modelos ortodôntico	00.900.002	250,00	90,00	12	-
Documentação ortodôntica completa: radiografia panorâmica básica, tele com traçado, modelos ortodôntico, 7 fotos ou slides e análise cefalométrica extra	00.900.003	340,00	319,15	12	-
Documentação ortodôntica de controle: panorâmica com 5 fotos (2 extra-buciais, 3 intra-buciais)	00.900.006	190,00	129,74	12	-
Documentação Ortodôntica Especial (documentação ortodôntica completa mais telerradiografia frontal, traçado frontal e análise de erupção de 3º molares)	00.900.004	465,00	319,15	12	-
Documentação ortodôntica ortopédica: panorâmica, telerradiografia, análise e traçado cefalométrico, modelos de estudo, modelo de trabalho, análise de modelos, caixa p/ modelos, pasta, mão e punho (índice carpal), fotos (2 extra, 3 intra-buciais, perfil e lateralidade) OU slides (máximo 9)	00.900.005	465,00	159,00	12	-
Documentação Periodontal (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais, fotos - 2 extra e 3 intra-buciais, modelos, caixa para modelos e pasta)	00.900.007	625,00	159,00	12	-
Fotografia	81.000.278	20,00	11,00	12	-
Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	81.000.294	275,00	138,30	12	-
Modelos de Trabalho	00.000.062	90,00	34,00	12	-
Modelos ortodônticos	81.000.308	125,00	46,00	12	-
Panorâmica + modelos ortodônticos	90.000.008	190,00	129,74	12	-
Panorâmica + modelos ortodônticos	00.900.008	190,00	129,74	12	-
Panorâmica Especial para ATM	00.000.061	170,00	95,74	12	-
Radiografia da ATM	81.000.340	240,00	95,74	12	-
Radiografia da mão e punho - carpal	81.000.367	125,00	42,00	12	-
Radiografia interproximal - bite-wing	81.000.375	11,66	11,66	0	-
Radiografia oclusal	81.000.383	23,33	23,33	0	-
Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	81.000.405	85,00	85,00	12	-
Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	81.000.413	115,00	95,74	12	-
Radiografia periapical	81.000.421	9,91	9,91	0	-
Slide	81.000.456	20,00	11,00	12	-
Técnica de Localização radiográfica	81.000.570	95,00	95,00	12	-
Telerradiografia	81.000.472	100,00	95,74	12	-
Telerradiografia com Traçado cefalométrico	81.000.480	155,00	95,74	12	-
Tomografia comp. por feixe cônico - cone beam	81.000.510	2350,00	1175,00	12	-
Tomografia convencional - linear ou multi-direcional	81.000.529	1350,00	324,00	12	-
Traçado Cefalométrico	81.000.537	50,00	32,00	12	-

Evento	Coparticipação
Cirurgia	10%
Dentística	30%
Diagnóstico	0%
Emergência	0%
Endodontia	10%

Evento	Coparticipação
Odontologia Legal	0%
Odontopediatria	0%
Periodontia	10%
Prevenção	0%
Prótese Dentária	30%
Radiologia	0%