

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 estará 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 reconfecção 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:

$$\frac{\text{Parte Complementar} = \text{Contribuições dos beneficiários (titulares e dependentes especiais)} + \text{valor da inadimplência}}{\text{Nº de titulares POD}}$$

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 biradiculares com obturação retrógrada
Apicetomia biradiculares sem obturação retrógrada
Apicetomia multiradiculares com obturação retrógrada
Apicetomia multiradiculares sem obturação retrógrada
Apicetomia uniradiculares com obturação retrógrada
Apicetomia uniradiculares sem obturação retrógrada
Aprofundamento/aumento de vestíbulo
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 hálitose
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 mucocele
Exérese ou excisão de ranula
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-seção
Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
Reconstrução de sulco gengivo-labial
Redução cruenta de fratura alvéolo dentária
Redução in cruenta de fratura alvéolo dentária
Remoção de dentes inclusos / impactados
Remoção de dentes semi-inclusos / impactados
Remoção de odontoma
Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal
Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal
Tratamento cirúrgico de bridas constitutivas 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 anatomapatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico anatomapatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico anatomapatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
Diagnóstico anatomapatológico 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 Têmpero-mandibular (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

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

■ ODONTOPEDIATRIA

Aplicação de cariostático
Aplicação de selante - técnica invasiva
Aplicação de selante de fôssulas e fissuras
Aplicação tópica de verniz fluoretado
Condicionamento em Odontologia
Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais
Controle de cárie incipiente
Coroa de acetato em dente deciduo
Coroa de acetato em dente permanente
Coroa de aço em dente deciduo
Coroa de aço em dente permanente
Coroa de policarbonato em dente deciduo
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 deciduo
Pulpotomia em Dente Deciduo
Remineralização dentária
Restauração atraumática em dente deciduo
Restauração atraumática em dente permanente
Tratamento endodôntico em dente deciduo

■ PRÓTESE DENTÁRIA

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

■ 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 deciduos
Imobilização dentária em dentes permanentes
Raspagem sub-gengival/alisamento radicular

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 oclusão de majoração nesse valor, exceto os reajustes de natureza coletiva.
- 2.8 A contribuição mensal obedecerá aos limites relacionados na tabela abaixo:

Assistidos		
Idade	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.

ANEXO IV

Formulário de Requisição de Reembolso

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					
Alveoloplastia	82.000.084	112,36	112,36	Evento Único	-
Amputação radioocular com obturação retrógrada	82.000.060	226,14	226,14	Evento Único	-
Amputação radioocular sem obturação retrógrada	82.000.068	211,84	211,84	Evento Único	-
Apioetomia bimradioulares com obturação retrógrada	82.000.077	384,87	188,86	Evento Único	-
Apioetomia bimradioulares sem obturação retrógrada	82.000.085	333,50	188,86	Evento Único	-
Apioetomia multiradioulares com obturação retrógrada	82.000.168	435,79	188,86	Evento Único	-
Apioetomia multiradioulares sem obturação retrógrada	82.000.168	388,54	188,86	Evento Único	-
Apioetomia uniradioulares com obturação retrógrada	82.000.174	348,17	183,31	Evento Único	-
Apioetomia uniradioulares sem obturação retrógrada	82.000.182	303,58	183,31	Evento Único	-
Aprofundamento/aumento de vestíbulo	82.000.190	118,85	118,85	Evento Único	pré-aprovação
Biópsia de boço	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	82.000.256	140,42	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Biópsia de língua	82.000.283	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
Briseotomia	82.000.298	210,08	217,00	Evento Único	pré-aprovação
Briseotomia	82.000.301	210,08	217,00	Evento Único	pré-aprovação
Cirurgia odontológica com aplicação de alioenzimas	82.000.344	250,00	250,00	24	pré-aprovação
Cirurgia para exostose maxilar	82.000.362	118,86	118,86	Evento Único	-
Cirurgia para torus mandibular bilateral	82.000.380	188,21	118,86	Evento Único	-
Cirurgia para torus mandibular unilateral	82.000.387	94,11	118,86	Evento Único	-
Cirurgia para torus palatino	82.000.395	118,86	118,86	Evento Único	-
Coleta de raspado em lesões ou sítios especkios da região buco-maxilo-facial	82.000.441	48,88	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Consulta de Especialista em Estomatologia	00.000.008	29,18	29,18	6	-
Cunha proximal	82.000.557	98,48	30,88	Evento Único	-
Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	81.000.187	28,18	28,18	6	Autorização Especial
Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	81.000.200	28,18	28,18	6	Autorização Especial
Diagnóstico e tratamento de halitose	81.000.219	28,18	28,18	6	Autorização Especial
Diagnóstico e tratamento de xerostomia	81.000.235	28,18	28,18	6	Autorização Especial
Exerese de lípoma na região buco-maxilo-facial	82.000.743	386,00	386,00	Evento Único	Autorização Especial
Exerese ou exósis de ós culo salivar	82.000.778	188,79	48,88	Evento Único	Autorização Especial
Exerese ou exósis de oistos odontológicos	82.000.788	219,42	138,89	Evento Único	-
Exerese ou exósis de mucocele	82.000.794	177,89	186,00	Evento Único	Autorização Especial
Exerese ou exósis de ranula	82.000.808	234,00	848,00	Evento Único	Autorização Especial
Exodontia a retalho	82.000.818	110,00	72,81	Evento Único	-
Exodontia de permanente por indicação ortodontica/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	82.000.876	66,83	48,88	Evento Único	-
Frenulectomia labial	82.000.883	68,50	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Frenulectomia lingual	82.000.891	81,82	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Frenulotomia labial	82.000.905	68,50	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Frenulotomia lingual	82.000.913	81,82	48,88	Evento Único	pré-aprovação
Odonto-cegão	82.001.073	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	118,86	118,86	Evento Único	pré-aprovação
Redução orienta de fratura alvéolo dentária	82.001.170	826,00	540,00	Evento Único	-
Redução de Tuberossidade	00.000.063	118,86	118,86	Evento Único	-
Redução inorienta de fratura alvéolo dentária	82.001.188	700,00	300,00	Evento Único	-
Remoção de corpo estranho no seio maxilar	00.000.028	440,00	440,00	Evento Único	Autorização Especial
Remoção de dentes inolusos / impactados	82.001.288	373,30	373,30	Evento Único	-
Remoção de dentes semi-inolusos / impactados	82.001.294	233,30	233,30	Evento Único	-
Remoção de odontoma	82.001.367	386,00	386,00	Evento Único	Autorização Especial
Traçamento cirúrgico com finalidade ortodontica	82.001.602	373,30	373,30	Evento Único	-
Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal	82.001.610	280,79	440,00	Evento Único	Autorização Especial
Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal	82.001.628	280,79	440,00	Evento Único	Autorização Especial
Tratamento cirúrgico de bridas oclusivas da região buco-maxilo-facial	82.001.646	210,08	217,00	Evento Único	pré-aprovação
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de teiodos moles na região buco-maxilo-facial	82.001.653	48,88	48,88	6	Autorização Especial
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de teiodos de osseos/oartilaginosos na região buco-maxilo-facial	82.001.688	48,88	48,88	Evento Único	Autorização Especial
Tratamento cirúrgico de tumores benignos de teiodos benigños de teiodos ósseos/oartilaginosos na região buco-maxilo-facial	82.001.698	410,00	410,00	Evento Único	-
Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de teiodos moles na região buco-maxilo-facial	82.001.818	386,00	386,00	Evento Único	-
Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	82.001.834	470,00	470,00	Evento Único	-
Uleotomia	82.001.707	56,08	30,88	Evento Único	-
Ulotomia	82.001.716	56,08	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 Odontal por aroresóimo	85.400.017	29,18	29,18	12	pré-aprovado
Ajuste Odontal por desgaste seletivo	85.400.025	29,18	29,18	12	pré-aprovado
Capeamento pulpar direto	85.100.018	23,88	19,88	Evento Único	-
Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro	81.000.080	172,00	172,00	24	-
Faixa direta em resina fotopolimerizável	85.100.064	217,00	178,40	80	pré-aprovado
Núcleo de preenchimento para restauração	00.000.038	80,21	80,80	24	pré-aprovado
Remoção de trabalho protético	85.400.505	42,00	42,00	80	-
Restauração de amálgama - 1 face	85.100.088	67,80	47,80	24	-
Restauração de amálgama - 2 faces	85.100.102	73,33	58,33	24	-
Restauração de amálgama - 3 faces	85.100.110	81,80	68,24	24	-
Restauração de amálgama - 4 faces	85.100.129	93,70	78,18	24	-
Restauração de pino	00.000.061	114,80	95,88	24	-
Restauração em ionômero de vidro - 1 face	85.100.137	67,80	47,80	24	-
Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	85.100.145	89,80	68,33	24	-
Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	85.100.158	81,80	68,24	24	-
Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	85.100.181	81,80	68,24	24	-
Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	85.100.198	65,00	48,50	24	-
Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	85.100.200	84,24	70,22	24	-
Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	85.100.218	110,88	92,28	24	-
Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	85.100.228	110,88	92,28	24	-
DIAGNÓSTICO					
Consulta odontológica	81.000.080	37,00	29,18	3	-
Consulta odontológica inicial	81.000.085	37,00	29,18	3	-
Controle pós-operatório em odontologia	82.000.508	29,18	29,18	3	Autorização Especial
Diagnóstico anatomo-patológico em oftalmologia estofativa na região buco-máximo-facial	81.000.111	210,00	210,00	3	-
Diagnóstico anatomo-patológico em material de biópsia na região buco-máximo-facial	81.000.188	210,00	210,00	3	-
Diagnóstico anatomo-patológico em peça cirúrgica na região buco-máximo-facial	81.000.164	210,00	210,00	3	-
Diagnóstico anatomo-patológico em punção na região buco-máximo-facial	81.000.170	210,00	210,00	3	-
Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	81.000.189	29,18	29,18	3	-
EMERGÊNCIA					
Colagen de fragmentos dentários	85.100.048	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-máximo-facial	82.000.488	43,00	39,08	0	-
Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-máximo-facial	82.000.484	43,00	39,08	1	-
Injeção e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-máximo-facial	82.001.022	43,00	39,08	0	-
Injeção e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-máximo-facial	82.001.030	43,00	39,08	0	-
Pulpeiria	85.200.034	43,00	39,08	0	-
Resinagem de trabalhos protéticos	85.400.487	43,00	39,08	0	-
Redução simples de luxação de Articulação Temporo-mandibular (ATM)	82.001.187	43,00	39,08	0	-
Reembasamento de orofá provisória	85.400.475	39,08	39,08	0	-
Reimplante dentário com contenção	82.001.251	43,00	39,08	Evento Único	-
Remoção de drena extra-oral	82.001.308	39,08	39,08	Evento Único	-
Remoção de drena intra-oral	82.001.318	39,08	39,08	Evento Único	-
Restauração temporária / tratamento expectante	85.200.085	43,00	39,08	0	-
Buta de ferida em região buco-máximo-facial	82.001.480	39,08	39,08	Evento Único	-
Tratamento conservador de luxação da articulação temporo-mandibular - ATM	82.001.642	39,08	39,08	0	-
Tratamento de alveolite	82.001.650	43,00	39,08	0	-
Tratamento de periorbitite	85.300.080	43,00	39,08	0	-
ENDODONTIA					
Clareamento de dente desvitalizado	85.200.018	87,50	68,88	24	-
Curativo de demora em endodontia	85.100.058	82,79	82,79	1	Autorização Especial
Preparo para núcleo intraradicular	85.200.028	39,00	39,00	80	-
Pulpotomia	85.200.042	91,00	91,00	Evento Único	-
Remoção de corpo estranho intrasanal	85.200.050	88,60	88,60	80	-
Remoção de material obturador intrasanal para retratamento endodontico	85.200.088	88,60	88,60	Evento Único	Autorização Especial
Remoção de núcleo intraradicular	85.200.077	87,00	87,00	Evento Único	-
Retratamento endodontico bimradicular	85.200.088	619,40	481,70	38	-
Retratamento endodontico multiradicular	85.200.107	731,90	683,20	38	-
Retratamento endodontico uniradicular	85.200.115	327,90	287,80	38	-
Tratamento de perfuração endodontica	85.200.123	188,00	88,60	Evento Único	-
Tratamento endodontico de dente com rizogênese incompleta	85.200.131	82,79	82,79	Evento Único	-
Tratamento endodontico bimradicular	85.200.140	348,40	288,70	Evento Único	-
Tratamento endodontico multiradicular	85.200.168	602,00	598,70	Evento Único	-
Tratamento endodontico uniradicular	85.200.188	242,87	201,20	Evento Único	-
Tratamento endodontico uniradicular	85.200.188	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 Resarcimento/ Reembolso	Periodicidade (meses)	Observação sobre a aprovação dos eventos
■ IMPLANTE					
Cerco provisória sobre implante	85.500.011	600,00	319,14	60	pré-aprovação
Cerco total metálico cerâmica sobre implante	85.500.038	3750,00	2280,00	60	pré-aprovação
Cerco total metálico plástica sobre implante cerâmico	85.500.048	3200,00	2280,00	60	pré-aprovação
Cerco total metálico plástica sobre implante resina acrílica	85.500.054	2900,00	2280,00	60	pré-aprovação
Encerramento de diagnóstico para Prótese Sobre Implante	00.000.049	250,00	150,00	60	pré-aprovação
Enxerto com osso autógeno da linha óbliqua	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 ilíaco	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	82.000.980	3250,00	1975,00	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 ilíaco	82.001.065	2500,00	1325,00	60	pré-aprovação
Manutenção de prótese sobre implantes	85.500.089	50,00	28,50	12	pré-aprovação
Overdenture barra clipa ou ering sobre dois implantes	85.500.097	4500,00	2731,50	60	pré-aprovação
Overdenture barra clipa ou ering sobre quatro ou mais implantes	85.500.100	5500,00	3000,00	60	pré-aprovação
Prótese parcial fixa implante suportada	85.500.127	3750,00	2276,25	60	pré-aprovação
Protocolo Branemark para 4 implantes	85.500.180	24000,00	14400,00	60	pré-aprovação
Protocolo Branemark para 5 implantes	85.500.173	30000,00	18000,00	60	pré-aprovação
Protocolo Branemark provisório para 4 implantes	85.500.188	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 do cicatrizador	82.001.138	34,75	34,75	6	pré-aprovação
Regeneração tecidual guilá RTG	82.001.243	750,00	397,50	38	pré-aprovação
Ramificação de implante dentário não ósseo integrado	82.001.324	373,30	44,68	60	pré-aprovação
Tratamento de perimplântite por implante	85.500.224	150,00	79,50	12	pré-aprovação
Tratamento de perimplântite por implante	00.000.048	150,00	79,50	12	pré-aprovação
■ ODONTOLOGIA LEGAL					
Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	81.000.073	29,16	29,16	0	Autorização Especial
■ ODONTOPODIATRIA					
Adequação de Meio	85.100.242	19,83	19,83	12	Autorização Especial
Aplicação de cariostático	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 fibras e flamas	84.000.074	25,00	19,83	12	-
Aplicação tópica de verniz fluorotado	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	-
Cerco de acetato em dente deciduo	83.000.020	107,00	69,20	24	-
Cerco de acetato em dente permanente	87.000.040	107,00	69,20	24	-
Cerco de aço em dente deciduo	83.000.048	300,00	300,00	24	-
Cerco de aço em dente permanente	87.000.059	300,00	300,00	24	-
Cerco de policarbonato em dente deciduo	83.000.062	300,00	300,00	24	-
Cerco 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 deciduo	83.000.089	58,33	46,66	Evento Único	-
Mantenedor de espaço fixo	83.000.007	382,66	102,21	12	pré-aprovação
Mantenedor de espaço removível	83.000.100	382,66	102,21	12	pré-aprovação
Pulpotomia em Dente Deciduo	83.000.127	91,00	91,00	Evento Único	-
Remineralização	84.000.201	24,92	14,00	6	pré-aprovação
Restauração atramática em dente deciduo	83.000.135	19,83	19,83	6	Autorização Especial
Restauração atramática em dente permanente	85.100.080	19,83	19,83	6	Autorização Especial
Tratamento endodontíco em dente deciduo	83.000.151	140,60	117,20	24	-
■ ORTODONTIA					
Aparelho extra-bucal	86.000.055	0,00	827,85	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	982,79	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	982,79	84	pré-aprovação
Aparelho removível com alças blonster invertida ou de Escheler	86.000.128	0,00	525,35	60	pré-aprovação
Arco Lingual	86.000.144	0,00	323,52	60	pré-aprovação
Barna transpalatina fixa	86.000.152	0,00	323,52	60	pré-aprovação
Barna transpalatina removível	86.000.160	0,00	323,52	60	pré-aprovação
Botte de Nance	86.000.195	0,00	323,52	60	pré-aprovação
Contenção fixa - por arcada	86.000.209	0,00	220,00	38	pré-aprovação
Disjuntor palatino - Hines	86.000.225	0,00	970,58	60	pré-aprovação
Disjuntor palatino - Macnamara	86.000.233	0,00	970,58	60	pré-aprovação
Distalizador com mola nítrilon	86.000.241	0,00	827,37	60	pré-aprovação
Distalizador de Hilgers	86.000.250	0,00	406,31	60	pré-aprovação
Distalizador Distal Jet	86.000.258	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./IP.R.E. U.O. de Ressarcimento/ Reembolso	Periodicidade (meses)	Observação sobre a operação dos eventos
■ ORTODONTIA					
Distalizador tipo Jones Jig	88.000.284	0,00	829,88	60	pré-aprovado
Estudo e Planejamento Ortodôntico	00.000.014	29,18	29,18	3	-
Gianelly	88.000.308	0,00	829,88	60	pré-aprovado
Grade palatina fixa	88.000.314	0,00	829,88	60	pré-aprovado
Grade palatina removível	88.000.322	0,00	698,18	60	pré-aprovado
Mantenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	88.000.357	307,70	121,26	1	pré-aprovado
Mantenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico	88.000.386	307,70	121,26	1	pré-aprovado
Mantenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	88.000.379	307,70	121,26	0	pré-aprovado
Mentoneira	88.000.380	0,00	829,88	0	pré-aprovado
Ortodontia Móvel / Aparelhos móveis estéticos (Nite-Guide / Oodus-Ooduide / Ortho-T / Interim "G"	00.000.094	0,00	1866,42	60	pré-aprovado
Placa de distalização de molares	88.000.454	0,00	829,88	60	pré-aprovado
Placa de Hawley	88.000.482	0,00	626,36	60	pré-aprovado
Placa de Hawley - com tombo expansor	88.000.470	0,00	829,88	60	pré-aprovado
Placa de mordida ortodôntica	88.000.489	0,00	380,00	12	pré-aprovado
Placa de verticalização de caninos	88.000.500	0,00	829,88	60	pré-aprovado
Placa encausticada de Mauricio	88.000.527	0,00	829,88	60	pré-aprovado
Placa labio-aviva	88.000.636	0,00	323,50	60	pré-aprovado
Placa oclusal resiliente	85.400.270	0,00	380,00	60	pré-aprovado
Plano anterior fixo	88.000.543	0,00	406,31	60	pré-aprovado
Plano inolivado	88.000.561	0,00	406,31	60	pré-aprovado
Quadrinhóis	88.000.580	0,00	837,37	60	pré-aprovado
Recuperador de Espaço	00.000.085	0,00	182,21	60	pré-aprovado
■ ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES					
Aparelho de Klammt	88.000.020	0,00	1427,17	60	pré-aprovado
Aparelho de Thurow	88.000.047	0,00	1427,17	60	pré-aprovado
APM - Aparelho de Protrusão Mandibular	88.000.158	0,00	1886,22	60	pré-aprovado
Bionator de Balfers	88.000.178	0,00	1427,17	60	pré-aprovado
Bloobs geminados de Clark twinblock	88.000.187	0,00	1427,17	60	pré-aprovado
Herbst encapsulado	88.000.330	0,00	1886,22	60	pré-aprovado
Máscara facial Delaire e Tração Reversa	88.000.381	0,00	827,86	60	pré-aprovado
Modelador elástico de Bimleit	88.000.403	0,00	1427,17	60	pré-aprovado
Monoblock	88.000.411	0,00	1427,17	60	pré-aprovado
Pistas diretas de Planas - superior e inferior	88.000.438	0,00	1427,17	60	pré-aprovado
Pistas indiretas de Planas	88.000.448	0,00	1427,17	60	pré-aprovado
Placa dupla de Banders	88.000.519	0,00	1427,17	60	pré-aprovado
Regulador de função de Frankel	88.000.578	0,00	1886,22	60	pré-aprovado
Síntesis Network	88.000.588	0,00	1427,17	60	pré-aprovado
Spilmer	88.000.584	0,00	1427,17	60	pré-aprovado
■ PERIODONTIA					
Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	82.000.028	67,30	67,30	6	-
Aumento de osoa óssea	82.000.212	138,00	138,00	6	-
Cirurgia odontológica a retalho	82.000.398	87,48	87,48	12	-
Cirurgia periodontal a retalho	82.000.417	300,00	130,86	12	pré-aprovado
Consulta de Especialista em Periodontia	00.000.008	58,32	68,32	3	-
Consulta e Raspagem sub-gengival com polimento radiolar	00.000.021	110,00	76,47	6	-
Consulta e Raspagem Supra Gengival por Arreda (Manual e/ou Ultrasom) com Profilaxia.	00.000.020	66,10	66,10	6	pré-aprovado
Desensibilização dentária	85.300.012	18,48	48,88	12	-
Enxerto conjuntivo subepitelial	82.000.848	136,00	87,48	60	pré-aprovado
Enxerto gengival livre	82.000.882	136,00	87,48	60	pré-aprovado
Enxerto pediculado	82.000.888	136,00	87,48	60	pré-aprovado
Gengivectomia	82.000.821	34,76	139,00	6	pré-aprovado
Gengivoplastia	82.000.848	138,00	34,76	6	pré-aprovado
Imobilização dentária em dentes deciduos	85.300.787	91,62	79,91	12	-
Imobilização dentária em dentes permanentes	85.300.020	91,62	79,91	12	-
Mantenção Periodontal	85.300.088	82,00	32,40	3	-
Raspagem sub-gengival/alisamento radiolar	85.300.038	78,47	78,47	6	-
Raspagem supra-gengival	85.300.047	66,10	66,10	6	pré-aprovado
Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	85.300.066	68,82	68,82	12	-
Septoplastia radiolar	82.001.484	142,00	142,00	Evento Único	-
Tratamento de abscesso periodontal agudo	85.300.063	67,42	38,08	12	-
Tratamento de gengivite neorossante aguda - GUNA	85.300.071	78,47	78,47	6	-
Tunelização	82.001.685	87,48	87,48	12	-

Descrição do Evento	Código	T.P.C. Quantidade de U.O. de Rede	T.P.R/T.P.RE. U.O. de Resarcimento/ Reembolso	Periodicidade (meses)	Observação sobre a operação dos eventos
---------------------	--------	---	--	--------------------------	---

■ PREVENÇÃO

Aplicação tópica de flúor	84.000.080	88,88	88,88	8	-
Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	87.000.018	36,00	36,00	8	-
Atividade educativa em saúde bucal	84.000.189	36,00	36,00	8	-
Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	87.000.024	36,00	36,00	8	-
Consulta e Profilaxia por anamnese	00.900.014	32,40	32,40	8	-
Controle de biofilme (placa bacteriana)	84.000.163	40,43	40,43	8	-
Orientação de Higiene Bucal (técnica de escovagem e uso de flúor)	00.900.031	36,00	36,00	8	-
Profilaxia: polimento oronário	84.000.188	32,40	32,40	8	-
Promoção de Saúde - Consulta + Controle de Placa	00.900.024	36,00	36,00	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	88,88	88,88	0	-
Teste de ozaopidade tampão da saliva	84.000.228	28,18	28,18	8	Autorização Especial
Teste de oontagem microbiológica	84.000.298	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	68,33	12	pré-aprovado
Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	85.400.060	173,71	68,33	12	pré-aprovado
Consulta de Especialista em Prótese	00.000.010	28,18	28,18	3	-
Coroa 3/4 ou 4/6	85.400.672	444,44	238,13	60	pré-aprovado
Coroa em cerâmico metal free - Pré Aprovação	00.900.083	860,00	458,29	60	pré-aprovado
Coroa provisória com pino	85.400.078	137,88	78,18	8	pré-aprovado
Coroa provisória sem pino	85.400.084	137,88	78,18	8	pré-aprovado
Coroa total cerâmico prensada	85.400.082	368,80	243,22	60	pré-aprovado
Coroa total em cerâmico pura	85.400.108	1237,85	478,53	60	pré-aprovado
Coroa total em cerâmico (somente para dentes anteriores)	85.400.114	860,00	458,29	60	pré-aprovado
Coroa total metálica	85.400.149	538,81	318,71	60	pré-aprovado
Coroa total metálo cerâmico	85.400.167	1237,85	583,28	60	pré-aprovado
Coroa total metálico plástico cerâmico	85.400.165	860,00	458,29	60	pré-aprovado
Coroa total metálico plástico resina cerâmico	85.400.173	788,74	437,44	60	pré-aprovado
Coroa Veneer	00.000.060	788,74	412,38	60	pré-aprovado
Faixa em cerâmico pura	85.400.181	1063,48	478,53	60	pré-aprovado
Faixa em cerâmico	85.400.180	828,58	375,24	60	pré-aprovado
Laminado em resina	00.000.047	882,31	314,51	60	pré-aprovado
Núcleo de preenchimento	85.400.211	146,81	146,81	60	pré-aprovado
Núcleo metálico fundido	85.400.220	284,27	146,81	60	pré-aprovado
Óntese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)	85.400.248	436,41	231,58	12	pré-aprovado
Pino pré fabricado	85.400.282	234,27	146,81	60	pré-aprovado
Placa de Aço para Clareamento Caseiro	85.100.072	236,00	80,00	24	pré-aprovado
Prótese fixa adesiva em cerâmico livre de metal (metal free)	85.400.297	2618,88	1414,17	60	pré-aprovado
Prótese fixa adesiva indireta em metal cerâmico	85.400.300	1307,99	734,61	60	pré-aprovado
Prótese fixa adesiva indireta em metal plástico	85.400.319	1048,39	587,93	60	pré-aprovado
Prótese parcial fixa em cerâmico livre de metal (metal free)	85.400.327	860,00	458,29	60	pré-aprovado
Prótese parcial fixa em metal cerâmico	85.400.335	1237,85	583,28	60	pré-aprovado
Prótese parcial fixa em metal plástico	85.400.343	711,21	437,44	60	pré-aprovado
Prótese parcial fixa In Cera livre de metal (metal free)	85.400.361	1089,33	583,18	60	pré-aprovado
Prótese parcial fixa In Cera livre de metal (metal free) e Consulta	00.900.082	1079,41	583,28	60	pré-aprovado
Prótese parcial fixa provisória	85.400.380	137,88	78,18	8	pré-aprovado
Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	85.400.378	3200,00	1162,00	60	pré-aprovado
Prótese parcial removível com grampos bilateral	85.400.388	1245,88	474,19	60	pré-aprovado
Prótese parcial removível provisória em cerâmico com ou sem grampos	85.400.384	473,51	231,58	60	pré-aprovado
Prótese total	85.400.408	1165,10	583,18	60	pré-aprovado
Prótese total imediata	85.400.418	944,88	583,18	60	pré-aprovado
Prótese total incolor	85.400.424	1278,85	892,94	60	pré-aprovado
Provisorio para Restauração metálica fundida	85.400.469	137,88	78,18	8	pré-aprovado
Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	85.400.483	205,18	184,81	12	pré-aprovado
Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em laboratório)	85.400.491	293,11	184,81	12	pré-aprovado
Restauração em cerâmico pura - inlay	85.400.613	1063,48	478,53	60	pré-aprovado
Restauração em cerâmico pura - onlay	85.400.621	1063,48	478,53	60	pré-aprovado
Restauração em cerâmico - inlay	85.400.648	828,58	375,24	60	pré-aprovado
Restauração em cerâmico - onlay	85.400.680	828,58	375,24	60	pré-aprovado
Restauração em resina (indireta) - Inlay	85.100.170	882,31	314,51	60	pré-aprovado
Restauração em resina (indireta) - Onlay	85.100.188	882,31	314,51	60	pré-aprovado
Restauração metálica fundida	85.400.668	444,44	238,13	60	pré-aprovado

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-bucais, 3 intra-bucais)	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 ortodôntico 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 bucais, 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 bucais, 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 occlusal	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	-
Trajado Cefalométrico	81.000.537	50,00	32,00	12	-

Evento	Coparticipação	Evento	Coparticipação
Cirurgia	10%	Odontologia Legal	0%
Dentística	30%	Odontopediatria	0%
Diagnóstico	0%	Periodontia	10%
Emergência	0%	Prevenção	0%
Endodontia	10%	Prótese Dentária	30%
		Radiologia	0%