

NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A.
NUCLEP

MANUAL DO CREDENCIADO

ODONTOLÓGICO

PLANO SUPLEMENTAR DE SAÚDE
PSS/ARH-2

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO.....	4
2. CREDENCIAMENTO.....	4
2.1 Alteração de dados cadastrais.....	4
3. DESCREDENCIAMENTO.....	5
3.1. Rescisão do Contrato – sem justo motivo.....	5
3.2 Advertência	5
4. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	6
4.1 Procedimentos não contemplados.....	6
5. TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS.....	7
5.1 Procedimentos não codificados na Tabela	7
6. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA.....	7
7. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.....	8
8. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO.....	8
9. PAGAMENTO.....	10
10. HONORÁRIOS PROFISSIONAIS E PREÇOS DOS SERVIÇOS.....	11
11. CONTROLE E FISCALIZAÇÃO.....	12
12. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DAS GUIAS DE TRATAMENTO.....	12
12.1 GTO ou Guia de Tratamento Odontológico – Cobrança.....	12
12.2 Anexo Guia de Tratamento Odontológico – Situação Inicial ou Guia de Tratamento Odontológico – Solicitação.....	16
13. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
14. TABELAS EM ANEXO.....	20

Prezado Credenciado,

Este Manual foi elaborado com o objetivo de disponibilizar informações sobre a Assistência Odontológica oferecida pelo Plano Suplementar de Saúde (**PSS**) da Nuclebrás Equipamentos Pesados S/A – **NUCLEP** aos seus funcionários e beneficiários.

A odontologia está presente no plano de saúde da **NUCLEP**, sempre cuidando da saúde bucal em todos os níveis de atenção, como a promoção, a preservação, a recuperação e a prevenção de doenças.

Estabelecemos uma parceria com Profissionais e Instituições Credenciadas. Para a prestação dos serviços, os mesmos deverão fazê-los necessariamente sob padrões éticos e de boa qualidade, obedecendo sempre às condições, aos critérios e aos preços acordados contratualmente.

Agora você é um dos nossos parceiros. Vamos juntos participar do incremento da saúde bucal dos beneficiários que constituem o **PSS**.

Atenciosamente,

Equipe Odontológica do PSS.

1. APRESENTAÇÃO

Este Manual do Credenciado – Odontológico tem como objetivo orientar os profissionais e instituições que fazem parte da rede de credenciados do **PSS** sobre normas, rotinas, atendimentos, tabelas de procedimentos, enquadramento de códigos, auditoria e pagamentos, complementando as informações constantes no Contrato de Prestação de Serviços.

A Assistência Odontológica compreende um rol de procedimentos preventivos, curativos e de promoção da saúde bucal dos beneficiários do **PSS** nas diversas especialidades da odontologia.

O **PSS** é o plano de saúde da NUCLEP de autogestão que envolve uma equipe de empregados, dentre estes um cirurgião-dentista auditor e responsável técnico.

Os serviços são prestados pela rede de credenciados.

2. CREDENCIAMENTO

A prestação dos serviços somente poderá ser realizada após a formalização do Contrato de Prestação de Serviços entre a **NUCLEP** e o profissional ou instituição.

O serviço prestado pelo credenciado não implicará, em hipótese alguma, no estabelecimento de vínculo empregatício ou de qualquer outra natureza entre o credenciado e a **NUCLEP**.

A **NUCLEP** se obriga a divulgar a relação de profissionais e instituições credenciadas entre seus empregados, tendo estes a inteira liberdade de escolher dentre aqueles o que melhor lhes convier.

2.1 Alteração de dados cadastrais

Para a correta identificação e agilidade no relacionamento com os credenciados, tanto por parte da **NUCLEP** quanto pelos beneficiários, qualquer alteração dos dados cadastrais, tais como endereço, telefone, conta de depósito, nome fantasia, razão social, responsável técnico, e-mail, entre outros dados, deverão ser comunicados de imediato.

O comunicado de alteração dos dados deverá ser encaminhado à sede da **NUCLEP**.

Quando a alteração implicar mudança do local de atendimento, inclusive dentro do mesmo município, cabe à **NUCLEP** decidir pela conveniência da manutenção do contrato de credenciamento.

No caso de Pessoa Jurídica, a alteração do corpo clínico deverá ser comunicada à **NUCLEP** de imediato.

3. DESCREDENCIAMENTO

O descredenciamento ocorrerá:

A qualquer momento, por iniciativa de uma das partes, mediante comunicação por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, a partir da data da comunicação.

Caso ocorram eventuais irregularidades ou tentativas de não cumprimento das normas e instruções referentes ao **PSS**. A **NUCLEP** poderá determinar o não pagamento do valor correspondente destes serviços irregularmente prestados.

3.1 Rescisão do Contrato – por justo motivo

O contrato é rescindido por justo motivo na reincidência do descumprimento das cláusulas contratuais; na falta grave comprovada ou com propósito de auferir vantagem ilícita, mesmo que desses fatos não resultem prejuízos financeiros à **NUCLEP**.

O contrato é denunciado também, por justo motivo, com antecedência de 30 (trinta) dias, nas seguintes situações:

- ✓ Paralisação dos serviços sem justa causa e prévia comunicação;
- ✓ Infração comprovada às normas sanitárias em vigor;
- ✓ Alteração do contrato social que prejudique a execução do objeto contratual;
- ✓ Liquidação extrajudicial, decretação de concordata ou falência;
- ✓ Fraudes ou dolos praticados e devidamente comprovados;
- ✓ Impedimento, obstrução ou embaraço para fins de realização de qualquer exame ou diligência necessária ao resguardo dos direitos das partes.

3.2 Advertência

A advertência é aplicada na comprovação de falta ou descumprimento das cláusulas contratuais, conforme exemplos abaixo:

- ✓ Recusa ou mau atendimento aos beneficiários;
- ✓ Não cumprimento das condições contratadas;
- ✓ Não acatamento das orientações deste Manual;
- ✓ Irregularidades observadas pela **NUCLEP** em conferência de faturas e relatórios;
- ✓ Não aceitação de acompanhamento do seu trabalho pela **NUCLEP**.

4. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

O **PSS**, com abrangência Estadual, oferece as seguintes coberturas aos seus beneficiários:

- Profilaxia;
- Tratamento das afecções dentárias, inclusive cirurgia odontológica;
- Tratamento de canal;
- Extrações;
- Obturações e restaurações protéticas;
- Curetagem, raspagem, polimento;
- Exames radiográficos e clínico-odontológicos;
- Tratamentos ortodônticos.

Especialidades oferecidas pelo **PSS**:

- Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais;
- Dentística;
- Endodontia;
- Estomatologia;
- Odontopediatria;
- Periodontia;
- Radiologia odontológica.
- Ortodontia;
- Ortopedia Funcional dos Maxilares;
- Prótese Dentária.

4.1 O PSS não contempla os procedimentos nas áreas de competência a seguir listadas:

- Visitas domiciliares;
- Trabalhos odontológicos em ouro;
- Implantes.

5. TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

A Tabela Odontológica compõe o rol de procedimentos previstos na Assistência Odontológica. Tem por finalidade estabelecer a remuneração e critérios de aplicação dos procedimentos odontológicos do **PSS**, com valores fixados em moeda corrente.

5.1 Procedimentos não codificados na Tabela

Os procedimentos de cirurgia buco-maxilo-facial maior não estão codificados na Tabela Odontológica. Estes fazem parte de uma tabela diferenciada e só serão disponibilizadas para os credenciados nesta especialidade.

Para a cirurgia de buco-maxilo-facial maior será imprescindível a Autorização Prévia da **NUCLEP**.

6. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

A avaliação técnica será realizada pelos Auditores Credenciados ou pelo Dentista Auditor do **PSS**, que precede a realização do procedimento. Os procedimentos dependentes de Autorização Prévia estão indicados na Tabela Odontológica, na coluna critérios.

O credenciado deverá encaminhar o beneficiário à sede da **NUCLEP**, junto com a guia de tratamento, para que o procedimento seja pré-auditado e em seguida autorizado.

OBS: OS DEPENDENTES DEVERÃO ENTREGAR A GUIA DE TRATAMENTO AO TITULAR DO PLANO PARA A SOLICITAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO. ESTA TAMBÉM PODERÁ SER ENCAMINHADA ATRAVÉS DOS CORREIOS OU DIGITALIZADAS E ENVIADAS VIA CORREIO ELETRÔNICO, ESTANDO O TITULAR POR ALGUM MOTIVO AFASTADO.

O prazo para a liberação da senha de autorização é de 15 (quinze) a 30 (trinta) dias.

PRÓTESES E ORTODONTIA: Estes procedimentos **necessitam de autorização prévia da empresa**, uma vez que a **NUCLEP** autoriza **um valor estimado mensal para estes procedimentos**.

Recomendamos a leitura atenta do campo “**Critérios**” da Tabela Odontológica.

CONSULTAS DE URGÊNCIA DEVERÃO SER JUSTIFICADAS NA PRÓPRIA GUIA DE TRATAMENTO.

A **NUCLEP** se exime do pagamento de procedimentos realizados sem AUDITORIA, quando solicitada, ficando o Credenciado com o ônus de toda a despesa decorrente.

A empresa pode, a seu critério e a qualquer momento, incluir a obrigatoriedade ou a dispensa da pré-auditoria para procedimentos.

Todos os tratamentos ortodônticos deverão ser encaminhados a NUCLEP para AUDITORIA TÉCNICA, acompanhados de:

- LAUDO COM DIAGNÓSTICO;
- PLANO DE TRATAMENTO (TIPO DE APARELHO);
- TEMPO DE DURAÇÃO;
- DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA (EXAMES).

Os valores para ortodontia fixa ou móvel foram divididos em 24 (vinte e quatro) parcelas fixas.

A substituição do aparelho danificado, quebrado ou perdido, será de inteira responsabilidade do beneficiário junto ao profissional credenciado.

7. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

A **NUCLEP** utiliza o sistema de PRÉ-AUDITORIA para tratamentos de Próteses e Ortodontia. Após a autorização, os beneficiários serão encaminhados pelo **PSS** aos auditores credenciados para os tratamentos que houver necessidade. Para o envio das guias para o faturamento será obrigatória, nesses casos, a apresentação do documento de auditoria inicial e final.

Nas guias que houver alteração do tratamento proposto e tiverem sido auditadas, o paciente deverá realizar uma auditoria intermediária.

8. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

No ato do atendimento é imprescindível a identificação do beneficiário, que se fará da seguinte forma:

- Apresentação da carteira de identificação de beneficiário do **PSS (Figura 01)**, acompanhada de um documento oficial de identificação.



Figura 01 (Frente)

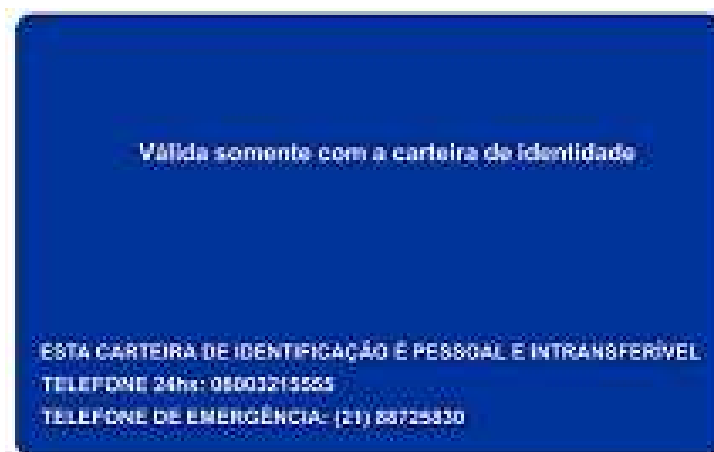


Figura 01 (Verso)

Figura 02

- Os beneficiários identificados pela Carteira denominada “AP – Autorização Provisória” (**Figura 02**) têm direito a todo tipo de tratamento previsto no contrato de credenciamento, observando-se a data de validade, os limites de idade e os pré-requisitos para cada procedimento.
- A AP é substituída, posteriormente, pela Carteira personalizada (**Figura 01**).
- Os atendimentos serão realizados nos consultórios particulares e nas instituições, dentro das respectivas especialidades para as quais foram credenciados.

OBS: TRANSCREVER A MATRÍCULA QUE CONSTA NA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO COM ATENÇÃO E DE FORMA LEGÍVEL, POIS SE HOVER

NUCLEP – PLANO SUPLEMENTAR DE SAÚDE IDENTIFICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO NUCLEP			O PRESENTE PORTADOR FICA DISPENSADO DE QUALQUER DEPÓSITO. ESTE CARTÃO É PESSOAL E INTRANSFERÍVEL E SOB NENHUMA HIPÓTESE PODERÁ SER CEDIDO OU EMPRESTADO O USO INDEVIDO DO PLANO SUPLEMENTAR DE SAÚDE DA NUCLEP ACARRETERÁ AS PENALIDADES PREVISTAS EM SEU REGULAMENTO.
ADMISSÃO EM 11/05/2001	MATRÍCULA 600132400	VALIDADE 31/12/2011	
TITULAR MARCOS DA SILVA		TELEFONES UTEIS AUTORIZAÇÃO: (21) 3781-4331 / (21) 3781-4396 - HORÁRIO COMERCIAL EMERGÊNCIA: (21)8872-5830 - OUTROS HORÁRIOS FAX: (21) 2688-2265	
DEPENDENTE ARIANA DA SILVA			
ASSINATURA AUTORIZADA PSS – NUCLEP			
		ASSINATURA BENEFICIÁRIO / REPRESENTANTE AUTORIZADO	
VÁLIDO SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE			AJUDE A FISCALIZAR O SEU PLANO DE SAÚDE

QUALQUER DIVERGENCIA A GUIA DE TRATAMENTO SERÁ DEVOLVIDA.

9. PAGAMENTO

Os pagamentos dos procedimentos realizados são efetuados mediante a apresentação das Guias de Tratamento Odontológico, que seguem o modelo padrão estabelecido pela ANS, denominado **TISS** – Troca de Informações em Saúde Suplementar.

É devido o pagamento dos procedimentos realizados pelo Credenciado desde que sejam respeitados às cláusulas contratuais, o Manual do Credenciado Odontológico, a Tabela Odontológica, o correto preenchimento da Guia TISS e as normas da **NUCLEP**.

Para fins administrativos e de auditoria foram estabelecidos limitadores, como:

- Dente, segmento, arcada, quantidade;
- Período de utilização;
- Procedimento excludente (procedimento distinto de outro pago anteriormente);
- Prazo máximo para apresentação da guia odontológica = 60 dias após a conclusão do tratamento;
- Abandono de tratamento (paciente que não comparece para atendimento por um período superior a dois meses consecutivos, sem comunicação formal).

Não será devido o pagamento de procedimentos:

- Preenchidos incorretamente ou com informações incompletas;
- Sem a(s) radiografia(s), quando exigida sua apresentação;
- Sem Autorização Prévia, quando exigida sua realização;
- Guia sem a assinatura do beneficiário e o carimbo do profissional assistente;
- Guia sem o devido preenchimento dos campos obrigatórios;
- Solicitações em modelos de guias antigas;
- Sem data ou data equivocada;
- Sem a documentação solicitada pela **NUCLEP**.

O preenchimento de documentos (Tratamento Odontológico e outros) não são remunerados ao credenciado.

As guias odontológicas do padrão TISS são os modelos formais e obrigatórios de representação e descrição documental sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário e enviadas do credenciado para a **NUCLEP**.

O procedimento odontológico executado no paciente é registrado na guia odontológica. As guias odontológicas e as capas de lote estão disponíveis para download no site da NUCLEP, no endereço: <http://www.nuclep.gov.br/pt-br/tiss-troca-de-informa-es-em-sa-de-suplementar>

- O pagamento é efetuado mediante a apresentação das guias odontológicas, devidamente preenchidas com os procedimentos executados e assinado pelo beneficiário ou seu responsável e, ainda, pelo credenciado, sob carimbo;
- As guias odontológicas deverão ser encaminhadas à **NUCLEP** junto com a CAPA DE LOTE devidamente preenchida para a análise e pagamento, pois comprova a realização dos procedimentos pelo Credenciado e a quantidade de guias enviadas.
- As guias odontológicas recebidas são conferidas e analisadas e o crédito será efetuado através de ordem bancária;
- Será enviado por e-mail o Demonstrativo de Pagamento contendo as guias e os respectivos valores pagos no mês, glosas, motivos de glosa e retenção de impostos.
- A **NUCLEP** fará o desconto dos impostos previstos em lei.

A falta de dados, assinatura do empregado ou de seu representante autorizado, ou ainda, incorreções no preenchimento da documentação implicará na devolução das guias entregues pelo credenciado, para serem providenciados os acertos necessários.

As cobranças que estiverem em desacordo com os parâmetros estabelecidos na tabela adotada, cuja especificação ou quantidade for considerada anormal, ou ainda que não venham acompanhadas das autorizações, auditorias e justificativas necessárias, quando for o caso, serão glosadas.

Os recursos de glosas poderão ser efetuadas até, no máximo, 90 (noventa) dias após a realização da ordem bancária de crédito.

O credenciado Pessoa Física deverá apresentar, anualmente o recibo de quitação do Conselho Regional da sua profissão. Caso não o apresente, o seu pagamento por serviços prestados será susinado até que seja cumprida a exigência citada.

Os documentos e as cobranças deverão ser entregues nos escritórios da **NUCLEP - RIO** de 10 a 15 de cada mês ou na sede em **ITAGUAÍ** até o dia 20 de cada mês. A partir da data de entrega dos documentos de cobrança, estes serão analisados e processados para posterior pagamento através de ordem bancária.

Sede Itaguaí: Av. General Euclides de Oliveira Figueiredo, 200/500 – Brisamar - Itaguaí – CEP: 23825-410.

Escritório RJ: Av. Marechal Câmara, 160 / 6º andar, sala 833 – Centro – Rio de Janeiro – CEP: 20020-080

É vedado ao credenciado cobrar diretamente do beneficiário quaisquer importâncias a título de pagamento de serviços prestados.

10. HONORÁRIOS PROFISSIONAIS E PREÇOS DOS SERVIÇOS.

Os pagamentos dos honorários odontológicos serão feitos de acordo com o previsto nas tabelas TUSS, associativas (AHCRJ, AHERJ, SBOT, Acordo COOESU – UNIDAS/RJ), Brasíndice e Odontológica - **NUCLEP**.

A **NUCLEP** poderá, a qualquer tempo, efetuar alterações de valores, a fim de corrigir distorções e ajustar as tabelas às variações do mercado.

As eventuais alterações, assim como as datas de vigência das mesmas, serão comunicadas, pela **NUCLEP**, aos credenciados.

11. CONTROLE E FISCALIZAÇÃO

Serão realizadas inspeções periódicas nas instalações dos credenciados, de forma a avaliar as condições técnicas e de funcionamento dos hospitais, clínicas e consultórios.

Serão objetos de constante acompanhamento: a qualidade dos serviços prestados; os níveis de utilização dos serviços bem como a observância às condições e às limitações estabelecidas para os atendimentos.

Sempre que ocorram falhas e reclamações por parte dos beneficiários que possam vir a prejudicar o sistema, serão exigidos esclarecimentos e justificativas dos credenciados.

As eventuais irregularidades constatadas ou a tentativa de infração das condições aqui estabelecidas poderão determinar o imediato descredenciamento do profissional ou instituição, além de implicar, conforme o caso, no não pagamento do valor correspondente aos serviços, até que seja esclarecida a ocorrência.

12. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DAS GUIAS DE TRATAMENTO

As guias **TISS** (Guias de Tratamento) são baseadas nos padrões da **ANS**. Sua apresentação e descrição documental sobre os eventos assistenciais realizados nos beneficiários e trocados entre o credenciado e a **NUCLEP** são obrigatórias. O layout das guias deve ser seguido integralmente, não sendo admitido nenhum tipo de alteração em sua estrutura.

Para maiores informações sobre os formulários TISS, acessar a página da **ANS** no endereço abaixo:

<http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/tiss>

12.1 Guia de Tratamento Odontológico – Cobrança ou Guia de Tratamento Odontológico (GTO)

A Guia Tratamento Odontológico (**GTO**) (**Figura 01**) e a Guia de Tratamento Odontológico– Cobranças (**Figura 02**) têm a mesma finalidade, elaborar o plano de tratamento, autorizar procedimentos e faturar os procedimentos odontológicos. A GTO é uma guia atualizada da GTO – Cobrança. Aceitaremos os dois modelos de formulários.

Uma vez preenchido o formulário, o mesmo não poderá sofrer alterações no tocante ao plano de tratamento. Caso necessário, tais alterações de procedimentos já solicitados serão acordadas entre a **NUCLEP** e o credenciado. No caso de inclusão de novos procedimentos, isto deverá ser feito em uma nova guia. Para isso, esta nova guia deverá conter no campo “*Número da Guia Principal*”, o número da guia a qual ela está vinculada.

GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - COBRANÇA 2^o

1 - Registro ANS 3 - Data de Emissão da Guia 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Principal

Dados do Beneficiário

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

13 - Nome 14 - Telefone 15 - Nome do titular do plano

Dados do Contratado Executante

16 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 17 - Nome do Contratado 18 - Número no CRO 19 - UF 20 - Código CHES

21 - Nome do Profissional Executante 22 - Número no CRO 23 - UF 24 - Código CBO S

Procedimentos Executados

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Dente/Região	29 - Face	30 - Qtd	31 - Quantidade US	32 - Valor	33 - Franquia/Co-participação R\$	34 - Data Realização	35 - Assinatura
14										
2										
3										
4										
6										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

36 - Data Previsão Término do Tratamento 37 - Tipo de Atendimento

38 - Tipo de Faturamento 39 - Total Quantidade US 40 - Valor Total R\$ 41 - Total Franquia / Co-participação R\$

1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 1 - Total 2 - Parcial

Declaro, que o tratamento descrito acima foi realizado com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato

42 - Observação

43 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 44 - Data, local e Assinatura do Associado / Responsável 45 - Data, local e Carimbo da Empresa

FIGURA 02

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da NUCLEP na ANS (IMPRESSO NA GUIA)	SIM
2	Número da guia	Número da guia Número da GTO (IMPRESSO NA GUIA)	SIM
3	Data de emissão da guia	Data de preenchimento da guia	SIM
4	Data da autorização	Data em que a autorização foi concedida	NÃO
5	Senha	Senha de autorização	NÃO
6	Data Validade da Senha	Data Validade da Senha	NÃO
7	Número da guia principal	Número da guia principal (VIDE OBS ABAIXO)	NÃO
Dados do beneficiário			
8	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM
9	Plano	Nome do plano do beneficiário - (NUCLEP)	SIM
10	Empresa	Nome da empresa a qual pertence o beneficiário	NÃO
11	Data Validade da carteira	Data da Validade da carteira do beneficiário	NÃO
12	Número do Cartão Nacional de Saúde	Número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário	NÃO
13	Nome	Nome do beneficiário	SIM
14	Telefone	Número do telefone para contato do beneficiário	NÃO
15	Nome titular do plano	Nome titular do plano	SIM
Dados do contratado solicitante			
16	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante (VIDE OBS ABAIXO)	SIM
17	Número no CRO	Número no conselho profissional	NÃO
18	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	NÃO
19	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela CBO-S	NÃO
20 OU 16	Código na operadora / CNPJ / CPF	CNPJ ou CPF do contratado	SIM

21 OU 17	Nome do contratado executante	Nome do contratado (VIDE OBS ABAIXO)	SIM
22 OU 18	Número no CRO	Número no conselho profissional	NÃO
23 OU 19	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	NÃO
24 OU 20	Código CNES	Código CNES	NÃO
25 OU 21	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante (VIDE OBS ABAIXO)	SIM
26 OU 22	Número no CRO	Número no conselho profissional	NÃO
27 OU 23	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	NÃO
28 OU 24	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela CBO-S	NÃO
Plano de Tratamento	Procedimentos Solicitados	Procedimentos Executados	Obrigatório
29 OU 25	Tabela	Código identificador - Transcrever o Nº 94	SIM
30 OU 26	Código do Procedimento	Código identificador do procedimento solicitado (VIDE TABELA NUCLEP)	SIM
31 OU 27	Descrição	Descrição do procedimento solicitado (VIDE TABELA NUCLEP)	SIM
32 OU 28	Dente / Região	Identificação do dente (permanente ou decíduo) ou região (VIDE TABELA ANEXA)	SIM
33 OU 29	Face	Identificação da face do dente, constante na própria guia (VIDE TABELA ANEXA)	SIM
34 OU 30	Qtd	Quantidade solicitada / executada do procedimento	SIM
35 OU 31	Quantidade US	Quantidade de US do procedimento solicitado/executado	NÃO
36 OU 32	Valor R\$	Valor em Reais do procedimento solicitado/executado (VIDE TABELA NUCLEP)	SIM
37 OU 33	Franquia / Co-participação R\$	Valor em Reais da franquia/co-participação de acordo com o valor do procedimento solicitado/executado	NÃO
38	Aut	Indicador de existência de autorização para o procedimento solicitado/executado - letras S (sim) e N (não)	NÃO
39 OU 34	Data de Realização	Data em que o procedimento foi realizado.	SIM
40 OU 35	Assinatura	Assinatura do beneficiário dando ciência da realização do procedimento realizado	SIM
41 OU 36	Data Término do tratamento	Data do término do tratamento	NÃO
42 OU 37	Tipo de atendimento	Tipo do atendimento descrito na referida guia. Pode assumir os valores: 1-Tratamento odontológico 2-Exame radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/emergência 5-Auditoria	NÃO
43 OU 38	Tipo de Faturamento	Informa o tipo de faturamento realizado. Pode assumir os valores: T - Total P - Parcial	NÃO
44 OU 39	Total Quantidade US	Somatório da quantidade de US dos procedimentos solicitados / executados	NÃO
45 OU 40	Valor Total R\$	Somatório do valor total em Reais dos procedimentos solicitados / executados	SIM
46 OU 41	Total Franquia /Co-participação R\$	Somatório do valor total em Reais de franquia/co-participação com base nos procedimentos solicitados/executados	NÃO
47 OU 42	Observação	Texto livre para observações em geral sobre a situação inicial do paciente	NÃO
48	Data, local, Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista Solicitante	Data, local, Assinatura e carimbo do Cirurgião-Dentista Solicitante do tratamento	SIM
49 OU 43	Data, local, Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista executante	Data, local, Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista executante do tratamento	SIM
50 OU 44	Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	Data, local e Assinatura do Beneficiário ou responsável	SIM
51 OU 45	Data, local e Carimbo da Empresa	Data, local e Carimbo da Empresa identificador da empresa	NÃO

OBS:

- CAMPO 7: PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO QUANDO HOVER EM ANEXO OS SEGUINTE FORMULÁRIOS:

- ⇒ **GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO – SOLICITAÇÃO;**
- ⇒ **ANEXO GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO – SITUAÇÃO INICIAL;**
- ⇒ **GTO COMPLEMENTAR.**

- CAMPOS 16, 21 OU 17, 25 OU 21: O PREENCHIMENTO É OBRIGATÓRIO PARA PESSOAS JURÍDICAS. PARA PESSOA FÍSICA SOMENTE O CAMPO 25 OU 21.

12.2 Anexo Guia de Tratamento Odontológico – Situação Inicial ou Guia de Tratamento Odontológico – Solicitação

Este formulário é de **preenchimento opcional**. Associado à GTO ou Guia de Tratamento Odontológico – Cobrança destina-se à descrição da situação do paciente antes do início do tratamento.



ANEXO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - SITUAÇÃO INICIAL

2. Nº

1 - Registro AHS

3 - Número da Guia Principal

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Plano

6 - Empresa

7 - Data Validade da Carteira

8 - Nome

9 - Telefone

10 - Nome do titular do plano

Dados do Contratado

11 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

12 - Nome do Contratado

13 - Número no CRO

14 - UF

15 - Código CNES

16 - Nome do Profissional

17 - Número no CRO

18 - UF

19 - Código CBO S

Situação Inicial

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

20 - Sinais clínicos de doença periodontal?
 Sim Não

21 - Alteração dos tecidos moles?
 Sim Não

LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL
 SITUAÇÃO INICIAL:
 A - Ausente
 E - Extração Indicada
 H - Hígido
 C - Cariado
 R - Restaurado.


22 - Observação

23 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

24 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25 - Data, local e Carimbo da Empresa

FIGURA 03



GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO - SOLICITAÇÃO

2 N°

1 - Registro AINS	3 - Data de Emissão da Guia	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha																																																																																																															
Dados do Beneficiário																																																																																																																			
7 - Número da Carteira	8 - Plano	9 - Empresa	10 - Data Validade da Carteira	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																															
12 - Nome		13 - Telefone	14 - Nome do titular do plano																																																																																																																
Dados do Contratado Solicitante																																																																																																																			
15 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	16 - Nome do Contratado	17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CNES																																																																																																															
20 - Nome do Profissional Solicitante		21 - Número no CRO	22 - UF	23 - Código CBO S																																																																																																															
Situação Inicial																																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Situação inicial</th> <th>18</th> <th>17</th> <th>16</th> <th>15</th> <th>14</th> <th>13</th> <th>12</th> <th>11</th> <th>21</th> <th>22</th> <th>23</th> <th>24</th> <th>25</th> <th>26</th> <th>27</th> <th>28</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Permanentes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Decíduos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>55</td> <td>54</td> <td>53</td> <td>52</td> <td>51</td> <td>61</td> <td>62</td> <td>63</td> <td>64</td> <td>65</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Decíduos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>85</td> <td>84</td> <td>83</td> <td>82</td> <td>81</td> <td>71</td> <td>72</td> <td>73</td> <td>74</td> <td>75</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Permanentes</td> <td>48</td> <td>47</td> <td>46</td> <td>45</td> <td>44</td> <td>43</td> <td>42</td> <td>41</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> <td>34</td> <td>35</td> <td>36</td> <td>37</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>Situação inicial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Situação inicial	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Permanentes																	Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Situação inicial																	24 - Sinais clínicos de doença periodontal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		25 - Alteração dos tecidos moles? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Situação inicial	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																			
Permanentes																																																																																																																			
Decíduos				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																																																																						
Decíduos				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																																																						
Permanentes	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																			
Situação inicial																																																																																																																			
27 - Tabela 28 - Código do Procedimento 29 - Descrição 30 - Dente/Região 31 - Face 32 - Qtd 33 - Quantidade US 34 - Valor R\$ 35 - Franquia/Co-participação R\$ 36 - Aut.										LEGENDA E OBSERVAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO INICIAL SITUAÇÃO INICIAL: A - Ausente E - Extração Indicada H - Hígido C - Cariado R - Restaurado		26 - Observações																																																																																																							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.										37 - Total Quantidade US		38 - Valor Total R\$		39 - Total Franquia / Co-participação R\$																																																																																																					
40 - Observação																																																																																																																			
41 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					42 - Data, local e Assinatura do Associado / Responsável					43 - Data, local e Carimbo da Empresa																																																																																																									

FIGURA 04

OBS: NA GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO – SOLICITAÇÃO (FIGURA 04), NÃO É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DO PLANO DE TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS SOLICITADOS, DO CAMPO 27 AO 39.

Número do Campo	Nome do campo	Descrição	Obrigatório
1	Registro ANS	Registro da NUCLEP na ANS (IMPRESSO NA GUIA)	SIM
2	Número da guia	Número da guia Número da GTO (IMPRESSO NA GUIA)	SIM
3	Número da Guia Principal	Refere-se ao campo 2 da GTO ou GTO – Cobrança (VIDE OBS ABAIXO)	SIM
4 OU 7	Número da carteira	Número do cartão do beneficiário	SIM
5 OU 8	Plano	Nome do plano do beneficiário - (NUCLEP)	SIM
6 OU 9	Empresa	Nome da empresa a qual pertence o beneficiário	NÃO
7 OU 10	Data Validade da carteira	Data da Validade da carteira do beneficiário	NÃO
8 OU 12	Nome	Nome do beneficiário	SIM
9 OU 13	Telefone	Número do telefone para contato do beneficiário	NÃO
10 OU 14	Nome titular do plano	Nome titular do plano	SIM
11 OU 15	Código na operadora / CNPJ / CPF	CNPJ ou CPF do contratado	SIM
12 OU 16	Nome do contratado	Nome do contratado (VIDE OBS ABAIXO)	SIM
13 OU 17	Número no CRO	Número no conselho profissional	NÃO
14 OU 48	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	NÃO
15 OU 19	Código CNES	Código CNES	NÃO
16 OU 20	Nome do profissional solicitante	Nome do profissional solicitante (VIDE OBS ABAIXO)	SIM
17 OU 21	Número no CRO	Número no conselho profissional	NÃO
18 OU 22	UF conselho	Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional	NÃO
19 OU 23	Código CBO-S	Código da especialidade conforme tabela CBO-S	NÃO
ODONTOGRAMA		Preencher com as medições e indicação das bolsas periodontais	SIM
20 OU 24	Sinais clínicos de doença periodontal?	Indicador de sinais clínicos de doenças periodontais	SIM
21 OU 25	Alteração dos tecidos moles?	Indicador de alteração dos tecidos moles	SIM
22 OU 40	Observação	Texto livre para observações em geral sobre a situação inicial do paciente	NÃO
23 OU 41	Data, local, Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista	Data, local, Assinatura e carimbo do Cirurgião-Dentista	SIM
24 OU 42	Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	Data, local e Assinatura do Beneficiário ou responsável	SIM
25 OU 43	Data, local e Carimbo da Empresa	Data, local e Carimbo da Empresa	NÃO

OBS:

- CAMPO 3: PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO. REFERENTE AO NÚMERO DA GTO OU GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO – COBRANÇA.

- CAMPOS 12 OU 16 E 16 OU 20: O PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PESSOA JURÍDICA. PARA PESSOA FÍSICA SOMENTE O CAMPO 16 OU 20.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a alteração no layout das guias feita pela **ANS** em 05/2009, a **NUCLEP** aceitará todos os modelos de formulários apresentados neste manual.

14. TABELAS EM ANEXO

14.1 Regiões

Código	Descrição
AS	Arco Superior
AI	Arco Inferior
HASD	Hemi-Arco Superior Direito
HASE	Hemi-Arco Superior Esquerdo
HAID	Hemi-Arco Inferior Direito
HAIE	Hemi-Arco Inferior Esquerdo
ASAI	Arcadas Superior e inferior
S1	Sextante superior posterior direito
S2	Sextante superior anterior
S3	Sextante superior posterior esquerdo
S4	Sextante inferior posterior esquerdo
S5	Sextante inferior anterior
S6	Sextante inferior posterior direito
RIS	Região dos Incisivos centrais superiores
RCSD	Região do canino e lateral superior direitos
RPSD	Região dos pré-molares superiores direitos
RMSD	Região dos molares superiores direitos
RCSE	Região do canino e lateral superior esquerdos
RPSE	Região dos pré-molares superiores esquerdos
RMSE	Região dos molares superiores esquerdos
RII	Região dos incisivos inferiores
RCID	Região de canino inferior direito
RPID	Região dos pré-molares inferiores direitos
RMID	Região dos molares inferiores direitos
RCIE	Região de canino inferior esquerdos
RPIE	Região dos pré-molares inferiores esquerdos
RMIE	Região dos molares inferiores esquerdos
RMD	Região dos molares lado direitos
RME	Região dos molares lado esquerdos
RPD	Região dos pré-molares lado direitos
RPE	Região dos pré-molares lado esquerdos
RMPE	Região dos molares e pré-molares lado esquerdos
RMPD	Região dos molares e pré-molares lado direitos
SM	Região do assoalho do seio maxilar
TU	Região do Túber
RL	Região lingual
RP	Região palatina
RV	Região vestibular
RSMD	Região Sub-Mandibular Direita
RSME	Região Sub-Mandibular Esquerda
RSL	Região Sub-Lingual
SI	Região de Sínfise
FLI	Freio lingual
FLA	Freios labiais
UV	Uvula
PP	Pregas palatinas
PI	Papila incisiva
LS	Lábio Superior
LI	Lábio inferior
LG	Língua
CL	Comissura labial
AB	Assoalho de boca
PA	Palato

MJ	Mucosa iugal
PD	Palato duro
PM	Palato mole
RM	Região retromolar
MA	Mucosa alveolar
GI	Gengiva inserida
PT	Parótida
TP	Tonsilas palatinas

14.2 Dentes

Códigos	Descrição
11	Incisivo Central Superior Direito
12	Incisivo Lateral Superior Direito
13	Canino Superior Direito
14	Primeiro Pré-molar Superior Direito
15	Segundo Pré-molar Superior Direito
16	Primeiro Molar Superior Direito
17	Segundo Molar Superior Direito
18	Terceiro Molar Superior Direito
21	Incisivo Central Superior Esquerdo
22	Incisivo Lateral Superior Esquerdo
23	Canino Superior Esquerdo
24	Primeiro Pré-molar Superior Esquerdo
25	Segundo Pré-molar Superior Esquerdo
26	Primeiro Molar Superior Esquerdo
27	Segundo Molar Superior Esquerdo
28	Terceiro Molar Superior Esquerdo
31	Incisivo Central Inferior Esquerdo
32	Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
33	Canino Inferior Esquerdo
34	Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
35	Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
36	Primeiro Molar Inferior Esquerdo
37	Segundo Molar Inferior Esquerdo
38	Terceiro Molar Inferior Esquerdo
41	Incisivo Central Inferior Esquerdo
42	Incisivo Lateral Inferior Esquerdo
43	Canino Inferior Esquerdo
44	Primeiro Pré-molar Inferior Esquerdo
45	Segundo Pré-molar Inferior Esquerdo
46	Primeiro Molar Inferior Esquerdo
47	Segundo Molar Inferior Esquerdo
48	Terceiro Molar Inferior Esquerdo
51	Incisivo Central Superior Direito
52	Incisivo Lateral Superior Direito
53	Canino Superior Direito
54	Primeiro Molar Superior Direito
55	Segundo Molar Decíduo Superior Direito
61	Incisivo Central Decíduo Superior Esquerdo
62	Incisivo Lateral Decíduo Superior Esquerdo
63	Canino Decíduo Superior Esquerdo
64	Primeiro Molar Decíduo Superior Esquerdo
65	Segundo Molar Decíduo Superior Esquerdo
71	Incisivo Central Decíduo Inferior Esquerdo
72	Incisivo Lateral Decíduo Inferior Esquerdo
73	Canino Decíduo Inferior Esquerdo
74	Primeiro Molar Decíduo Inferior Esquerdo
75	Segundo Molar Decíduo Inferior Esquerdo
81	Incisivo Central Decíduo Inferior Direito
82	Incisivo Lateral Decíduo Inferior Direito
83	Canino Decíduo Inferior Direito
84	Primeiro Molar Decíduo Inferior Direito
85	Segundo molar Decíduo Inferior Direito
99	Dente Extranumerário

14.3 Face

Código	Descrição
O	Oclusal
L	Lingual
M	Mesial
V	Vestibular
D	Distal
I	Incisal
P	Palatina

14.4 Motivos de Glosa

Código	Descrição
1001	Número da carteira inválido
1002	Número do Cartão Nacional de Saúde inválido
1003	A admissão do Beneficiário no prestador ocorreu antes da inclusão do Beneficiário na Operadora
1004	Solicitação Anterior à Inclusão do Beneficiário
1005	Atendimento anterior à inclusão do Beneficiário
1006	Atendimento após o desligamento do Beneficiário
1008	Assinatura divergente
1010	Assinatura do Titular / Responsável inexistente
1011	Identificação do beneficiário não consistente
1013	Cadastro do beneficiário com problemas
1014	Beneficiário com data de exclusão
1015	Idade do Beneficiário acima idade limite
1016	Beneficiário com atendimento suspenso
1017	Data Validade da Carteira Vencida
1018	Empresa do beneficiário suspensa / excluída
1019	Família do Beneficiário com atendimento suspenso
1020	Via de Cartão do Beneficiário Cancelada
1021	Via de Cartão do Beneficiário não liberada
1022	Via de Cartão do beneficiário não compatível
1023	Nome do titular inválido
1024	Plano não existente
1099	Outros
1101	Quantidade de Guias informadas no Protocolo diferente das cadastradas
1102	Protocolo é de re-apresentação
1103	Protocolo não é de re-apresentação
1104	Valor total do protocolo diferente do valor total das guias
1201	Atendimento fora da vigência do contrato com o credenciado
1202	Número do CNES inválido
1203	Código Prestador inválido
1204	Admissão anterior à inclusão do credenciado na rede
1205	Admissão após o desligamento do credenciado da rede
1206	CPF / CNPJ inválido
1207	Credenciado não pertence à Rede Credenciada
1208	Solicitação anterior à inclusão do Credenciado
1209	Solicitação após o desligamento do Credenciado
1210	Solicitante Credenciado não cadastrado
1211	Assinatura / Carimbo do Credenciado inexistente
1212	Atendimento / Referência fora da vigência do contrato do prestador
1213	CBO-S (especialidade) inválido
1214	Credenciado não habilitado a realizar o procedimento
1216	Especialidade não cadastrada
1217	Especialidade não cadastrada para o prestador
1301	Tipo Guia inválido

1302	Código Tipo Guia Principal e Número Guias Incompatíveis
1303	Não existe o Número Guia Principal informado
1304	Cobrança em guia indevida
1305	Item pago em outra Guia
1306	Não existe Número Guia Principal e/ou Código Guia Principal
1307	Número da guia inválido
1308	Guia já apresentada
1309	Procedimento contratado não está de acordo com o tipo de guia utilizado
1311	Prestador executante não informado
1312	Prestador contratado não informado
1313	Guia com rasura
1314	Guia sem assinatura e/ou carimbo do credenciado.
1315	Guia sem data do ato cirúrgico.
1316	Guia com local de atendimento preenchido incorretamente.
1317	Guia sem data do atendimento
1318	Guia com código de serviço preenchido incorretamente.
1319	Guia sem assinatura do assistido.
1320	Identificação do assistido incompleta
1321	Validade da guia expirada
1402	Procedimento não autorizado
1403	Não existe informação sobre a senha de autorização do procedimento
1404	Não existe guia de autorização relacionada
1405	Data de Validade da Senha é anterior a Data do Atendimento
1406	Número da Senha informado diferente do liberado
1407	Serviço solicitado não possui cobertura
1408	Quantidade Serviço Solicitada acima da Autorizada
1409	Quantidade Serviço solicitada acima coberta
1411	Solicitante não Informado
1412	Problemas no sistema autorizador
1414	Data de validade da senha expirada
1415	Procedimento não autorizado para o Beneficiário
1416	Solicitante não Cadastrado
1417	Solicitante não habilitado
1418	Solicitante suspenso
1419	Serviço solicitado já autorizado
1420	Serviço solicitado fora da cobertura
1421	Serviço solicitado é de pré-existência
1422	Especialidade não cadastrada para o Solicitante
1423	Quantidade solicitada acima da quantidade permitida
1424	Quantidade autorizada acima da quantidade permitida
1425	Necessita pré-autorização da empresa
1428	Falta de autorização da empresa de conectividade
1429	CBO-S (especialidade) não autorizado a realizar o serviço
1430	Procedimento odontológico não autorizado
1431	Procedimento não autorizado na face solicitada
1432	Procedimento não autorizado para dente/região solicitada
1433	Procedimento não autorizado, dente ausente
1507	Urgência não aplicável
1601	Reincidência no atendimento
1602	Tipo de atendimento inválido ou não informado
1612	Serviço não pode ser realizado no local especificado
1613	Consulta não autorizada
1701	Cobrança fora do prazo de validade
1702	Cobrança de procedimento em duplicidade
1704	Valor cobrado superior ao acordado em pacote
1705	Valor apresentado a maior
1706	Valor apresentado a menor
1708	Não existe valor para o procedimento realizado
1711	Procedimento pertence a um pacote acordado e já cobrado
1713	Faturamento Inválido
1714	Valor do serviço superior ao valor de tabela
1715	Valor do serviço inferior ao valor de tabela
1716	Percentual de redução/acréscimo fora dos valores definidos em tabela
1801	Procedimento inválido
1803	Idade do Beneficiário incompatível com o Procedimento
1805	Valor total do procedimento diferente do Valor Processado

1806	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero
1809	Cobrança de procedimento não executado
1811	Procedimento sem registro de execução
1814	Cobrança de procedimento com data de autorização posterior à do atendimento.
1815	Procedimento não autorizado
1817	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
1818	Cobrança de procedimento que exige autorização prévia
1823	Procedimento realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
1824	Procedimento cobrado não corresponde ao exame executado
2501	Procedimento em série inválido
2505	O código cobrado é diferente do código autorizado
2514	Serviço não contratado para o prestador
2516	Quantidade cobrada diferente da realizada
2701	Procedimento inválido
2703	Exame sem registro de execução
2705	Cobrança de procedimento/exame sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
2706	Cobrança de procedimento/exame com data de autorização posterior à do atendimento.
2707	Exame não autorizado
2708	Cobrança de exame em quantidade incompatível com o procedimento/evolução clínica
2709	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
2710	Cobrança de exame que exige autorização prévia
2712	Cobrança de exame em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
2713	Cobrança de exame não compatível com a idade.
2714	Cobrança de exame com ausência de resultado ou laudo técnico.
2715	Exame realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
2716	Exame cobrado não corresponde ao exame executado
2717	Cobrança de exame ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento.
2718	Exames não justificam caráter de urgência
2901	Revisão de glosa inválida
2902	Glosa mantida
2903	Pedido de revisão sem justificativa
2904	Mais de um recurso de glosa para a mesma guia/protocolo
2905	A guia não é de revisão
2906	Número da guia inválido
3001	Procedimento odontológico inválido
3002	Cobrança de procedimento odontológico que exige autorização prévia
3003	Idade do Beneficiário incompatível com o Procedimento odontológico
3004	Cobrança de procedimento odontológico em quantidade acima da máxima permitida/autorizada
3005	Valor total do procedimento diferente do Valor Processado
3006	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero
3007	Procedimentos odontológicos duplicados
3008	Cobrança de procedimento odontológico incluso no procedimento principal
3009	Cobrança de procedimento odontológico não executado
3010	Cobrança de procedimento não solicitado pelo cirurgião-dentista
3011	Procedimento odontológico sem registro de execução
3012	Cobrança de procedimento odontológico não correlacionado ao relatório específico
3013	Cobrança de procedimento odontológico sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente.
3014	Cobrança de procedimento odontológico com data de autorização posterior à do atendimento.
3015	Cobrança de procedimento odontológico com ausência de resultado ou laudo técnico.
3016	Procedimento odontológico realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
3017	Procedimento cobrado não corresponde à perícia (especificar).
3018	Evento glosado por auditoria (especificar)
3019	Evento sob análise técnica, aguardando liberação de confirmação para posterior pagamento
3020	Conforme documentação radiográfica enviada, evento realizado inadequadamente
3021	Falha em informação de dados de arcadas/hemi-arcos
3022	Falha em informação de dados de dente inicial e/ou final
3023	Falha em informação de dados de faces dos dentes
3024	Evento só possível em dentes deciduos
3025	Evento só possível em dentes permanentes
3026	Erro nas informações de ordem dos dentes inicial e final
3027	Desacordo entre o tipo de dente e o número de canais solicitados
3028	Evento restrito a especialistas
3029	Evento não indicado pela Auditoria Inicial



3030	Auditoria final consta que a restauração foi realizada em outro material
3031	RX fora dos padrões técnicos
3034	Justificativa tecnicamente não satisfatória
3035	Paciente em tratamento com o mesmo profissional
3036	Paciente em tratamento com outro profissional
3037	Procedimento cobrado não é igual ao executado
3038	RX inicial incongruente com o RX final
3039	RX não corresponde ao procedimento cobrado
3040	Glosa técnica (especificar detalhadamente)