

# Manual do Credenciado



# SERVDONTO

Sorriso, saúde e proteção sempre.

1ª Nova Edição

[www.servdonto.com.br](http://www.servdonto.com.br)

ANS - n.º 41.470-1

**Prezado (a) credenciado (a),**

Este manual tem o propósito de facilitar e tornar a nossa parceria objetiva, transparente e duradoura.

Apresenta orientações para os atendimentos odontológicos de nossos beneficiários e as normas e procedimentos que devem ser rigorosamente observados, pois este manual é parte integrante do contrato de credenciamento assinado por ambas as partes.

Estamos certos de que a nossa filosofia de trabalho contribuirá de forma positiva para o êxito do seu consultório.

Leia atentamente as orientações deste manual, pois é muito importante para o adequado atendimento dos pacientes e para agilizar o recebimento de seus vencimentos.

O controle de qualidade de nossos serviços é aferido pelos demonstrativos de utilização, pelas rotinas de auditoria de qualidade dos tratamentos odontológicos, pelas respostas às nossas pesquisas de satisfação.

Nossa motivação é a satisfação dos associados, credenciados e colaboradores, nossos parceiros.

É importante ressaltarmos que trabalhamos de acordo com as exigências da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e adequação ao padrão TISS (Troca de informações em saúde suplementar)

Em caso de dúvidas, entre em contato conosco pelo e-mail [credenciamento@servdonto.com.br](mailto:credenciamento@servdonto.com.br), telefone 4020-3205 ou (79) 3205-8700

Estaremos sempre prontos a esclarecer dúvidas e ouvir sugestões.

Aracaju (SE), 01 janeiro de 2016

**Dr Erickon Palma Silva**  
**CRO – SE 922**  
Responsável Técnico

## ÍNDICE

1. Apresentação.....	2
2. Legislação.....	3
3. Contatos.....	3
4. Identificação do usuário.....	4
5. Liberação do atendimento.....	4
6. Guia de Tratamento Odontológico.....	5
7. Guia de serviço profissional/serviço auxiliar de diagnóstico e terapia-SP/SADT.....	5
8. Remuneração dos serviços.....	6
9. Pagamentos de repasse.....	6
10. Recurso de glosas.....	6
11. Avaliação clínica.....	6
12. Normas gerais.....	6
13. Peso dos procedimentos para pagamento.....	7
14. Protocolo de entrega de GTO.....	7
15. Atenção.....	7
16. Códigos dos procedimentos e coberturas dos planos.....	8 -15
17. GTO.....	16
18. GSP.....	17
19. PE-GTO.....	18

## Apresentação

Este manual também é parte integrante do seu Contrato de Prestação de Serviços/ Credenciamento.

Este é o seu manual onde estão contidas as instruções administrativas e operacionais da Servdonto, para auxiliar você a prestar o melhor atendimento aos usuários.

O Manual do Credenciado deverá ser consultado sempre que necessário como forma de orientação e esclarecimentos de dúvidas e procedimentos. Portanto, mantenha-o sempre ao seu alcance.

O atendimento a ser prestado aos usuários da Servdonto deve ser pautado pela ética profissional onde não cabem discriminações de ordem, racial, social, por credo, religião, idade, sexo, nacionalidade, deficiências ou condições físicas e/ou mentais.

## Credenciado:

- Realize apenas tratamentos necessários, com eficiência e qualidade evitando retrabalho e desgaste à saúde do paciente;
- Não execute ou proponha tratamento para o qual não esteja capacitado;
- Tenha atitude preventiva;
- Não deixe de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento aos pacientes;
- Não adote novas técnicas ou materiais que não tenham efetiva comparação científica;
- **Não receba ou cobre remuneração adicional de pacientes atendidos sob convênio ou contrato, salvo se tratar de serviços não cobertos pelo plano do paciente ou se tratar de acordo operacional;**
- Esclareça todas as suas dúvidas consultando a Servdonto através de sua Central. Em nenhuma hipótese exponha o paciente como mediador de seus eventuais problemas com a Servdonto.

## Legislação

Lei 9656/98 que regulamenta aos Planos de Saúde define sobre os credenciados:

Art.18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviços ou profissional de saúde, na condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõem-lhe as seguintes obrigações e direitos:

I- O consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II- A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos devem ser feitos de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência e urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III- A manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, sendo expressamente vedado às operadoras, independentemente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contatos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Parágrafo Único: A partir de 03 de dezembro de 1999, os prestadores de serviços ou profissionais de saúde não poderão manter contato de credenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.

### 1. Contatos

#### SERVDONTO – Plano de Assistência Odontológica Ltda

Rua Cedro, 178 – Bairro São José  
Aracaju - SE  
CEP: 49020-170  
Registro ANS 41.470-1

#### Central de Atendimento

Tel.: (79) 3205-8700 ou 4020-3205  
Fax: (79) 3205-8705  
Horários: De 2ª a 6ª feira das 8:00 horas às 18:00 horas.

#### Autorização por Telefone

Tel.: (79) 3205 8720 (SERGIPE) ou 0800 284 7227 (DEMAIS REGIÕES)

#### E-mail:

credenciamento@servdonto.com.br

#### Site:

www.servdonto.com.br

### 1.1 Demais Estados:

#### Maceió - AL

Tel.: (82) 3024-1554  
Horários: De 2ª a 6ª feira das 8:00 horas às 18:00 horas.

#### Manaus - AM

Tel.: (92) 3307-7770 / 3084-5776  
Horários: De 2ª a 6ª feira das 8:00 horas às 18:00 horas.

#### Salvador - BA

Tel.: (71) 3341-3100 / 3341-2040  
Horários: De 2ª a 6ª feira das 8:00 horas às 18:00 horas.

## 2 – Identificações do usuário

**SERVDONTO**  
Sorridos, saúde e proteção.

EMPRESA: SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA. (1)

MATRÍCULA: 8304658 (2)

RESPONSÁVEL: LUCIANO SILVA CHAVES (3)

BENEFICIÁRIO: LUCIANO SILVA CHAVES (4)

PLANO: MASTER GOLD (5)

CARÊNCIAS: (A) 00/00/00 (B) 00/00/00 (C) 00/00/00 (D) 00/00/00 (E) 00/00/00 (F) 00/00/00 (6)

- 1 Razão Social da Contratante
- 2 Número de matrícula do usuário
- 3 Nome do Responsável pelo plano
- 4 Nome do Beneficiário
- 5 Tipo de plano contratado
- 6 Prazos de carências

**ASSINATURA**

**CARÊNCIAS:**  
 A - 24 (vinte e quatro) horas para urgência, nos termos da lei;  
 B - 30 (trinta) dias, para Diagnóstico, Radiologia, Prevenção Saúde Bucal, Restauração em amálgama, Odontopediatria, Ortodontia;  
 C - 90 (noventa) dias, para Dentística, Periodontia, Cirurgia oral;  
 D - 120 (cento e vinte) dias, para Endodontia (canal) dos dentes incisivos, caninos e pré-molares;  
 E - 180 (cento e oitenta) dias, para Endodontia (canal) dos dentes molares;  
 F - 180 (cento e oitenta) dias para Prótese.

Este cartão é pessoal e intransferível. Válido mediante a apresentação do RG e liberação prévia da SERVDONTO.

SAC 4020-3205  
www.servdonto.com.br

**ANS - nº 41470-1**

Para ser atendido, o beneficiário da SERVDONTO deverá apresentar os seguintes documentos:

### Planos Empresariais e Planos Individuais:

- Carteirinha de Identificação da SERVDONTO
- Documento de Identidade (RG)

### Importante:

É possível que ocorra o cancelamento do beneficiário e seu cartão permaneça em seu poder, mesmo dentro da data de validade. Nestes casos o beneficiário não terá direito ao atendimento.

Em caso de dúvidas, verifique se o beneficiário está ativo através da Central de Atendimento da SERVDONTO.

### Carências:

As carências estão indicadas no verso da carteirinha, conforme ilustração acima.

## 3 – Liberação do atendimento

A solicitação pode ser feita pelo telefone (79) 3205-8720 (Sergipe) ou 0800 284 7227 (Demais Regiões) ou site [www.servdonto.com.br](http://www.servdonto.com.br).

### Por telefone:

Para solicitar a liberação, deverá ser fornecido para o atendente da SERVDONTO, o código de matrícula do usuário, Código do prestador e código dos procedimentos a serem realizados, sendo que devemos levar em consideração a cobertura, carências e recorrências. Em seguida o atendente fornecerá o número de guia de tratamento odontológico – GTO (campo nº 02) e a senha (campo nº 05 da GTO).

Esses passos serão repetidos todas as vezes enquanto usuário estiver em tratamento, onde serão dados novos números de guias e novas senhas.

Para todo atendimento é obrigatório o preenchimento da GTO.

### Por internet:

O dentista deverá acessar o site [www.servdonto.com.br](http://www.servdonto.com.br) e clicar em área dentistas. No primeiro acesso, será solicitado criação de login e senha. Clique em "Cadastrar Novo Login" --- "Sou Prestador" -- preencher todos os campos solicitados. É importante lembrar que o login e senha também serão utilizados para solicitação de autorização, visualização de informes, acesso a parte financeira, arquivos para download e etc.

Após inserir login e senha, para solicitar novas autorizações clique em TRATAMENTO – NOVO TRATAMENTO. Insira a matrícula do usuário com pontos (onde houver), escolher o local do atendimento e o profissio-

nal executante. Clique em CRIAR TRATAMENTO.

O sistema apresentará uma ficha com os dados do usuário como: Nome, matrícula, tipo de plano e nome do titular (caso ele seja o dependente). Nessa mesma tela deve ser inseridos os códigos dos procedimentos a serem realizados, conforme instruções abaixo:

- Inserir "CÓDIGO" do procedimento
- Apertar a tecla "TAB" ou clicar no campo seguinte;
- Após inserir os códigos clique em "GRAVAR TRATAMENTO".
- No campo situação, todos os procedimentos lançados estarão com o código AA - aguardando auditoria. Para alterar a situação para AE - autorizado para execução, se faz necessário clicar sobre o código de cada procedimento e confirmar a execução do mesmo no campo "gerar senha de execução".
- Para impressão da "GUIA" clique em "voltar" e vá à opção "IMPRIMIR" (a mesma totalmente preenchida, faltando apenas às devidas assinaturas)

Em caso de solicitação de treinamento ou ocorrências de dúvidas, estas poderão ser esclarecidas pelo e-mail [credenciamento@servdonto.com.br](mailto:credenciamento@servdonto.com.br) ou 4020-3205 / (79) 3205-8700.

A cada atendimento deverá ser aberta uma nova guia (GTO), com os procedimentos a serem realizados, com as devidas assinaturas.

### Procedimentos com senhas não liberadas

Nenhum procedimento deve realizado antes da liberação da "senha de execução".

Procedimento não cobertos pelo plano deverão ser cobrados direto ao usuário. No caso de recorrência, o usuário deverá ser informado da necessidade de aguardar o vencimento do prazo de carência: (ver tabela) ou solicitar que o mesmo entre em contato com a SERVDONTO para análise, onde o usuário será encaminhado para o dentista executante anterior do procedimento para que o mesmo possa ser refeito. Caso o usuário não queira retornar para o dentista executante anterior, o dentista executante atual deverá emitir radiografia com relatório técnico, constando a matrícula do usuário e justificativa para liberação da recorrência ao setor de credenciamento, após a análise técnica será informado se o procedimento será liberado ou não.

## Urgência/Emergência

As clínicas credenciadas para esta especialidade deverão obedecer ao protocolo normal de autorização (solicitar autorização e preencher GTO).

Todos os procedimentos de urgência/emergência deverão ter suas guias (GTO) acompanhadas de radiografias (exceção em tecidos moles) e relatórios comprovando a necessidade da intervenção.

Onde não houver clínica 24hs credenciada para urgência/emergência, os credenciados poderão atender seguindo as orientações a seguir:

- A contratada assegurará o reembolso no limite das obrigações contratuais das despesas efetuadas pelo usuário com assistência odontológica, dentro do território nacional, quando não for comprovadamente à possível utilização de serviços próprios contratados ou credenciados pela SERVDONTO.

- O reembolso será efetuado de acordo com os valores da tabela referencia SERVDONTO, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação da NOTA FISCAL ou RECIBO (original), constando CNPJ/CPJ, CRO, data, local e horário de atendimento, além de RELATÓRIO ORIGINAL DECLARANDO O NOME COMPLETO DO USUÁRIO, DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E RESPECTIVA JUSTIFICATIVA DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS, juntamente com radiografia inicial e dados bancários do usuário.

- Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de urgência.

- O usuário perderá o direito ao reembolso decorrido 12 (doze) meses da data do evento.

## Radiografias

Seguindo as determinações e sugestões do CFO (Conselho Federal de Odontologia) sobre o uso de radiações ionizantes, diversos procedimentos tiveram as suas condições para pagamento alteradas para fotografias. Apenas nos procedimentos onde o profissional obrigatoriamente necessitaria realizar radiografias iniciais e finais, a obrigatoriedade do envio das mesmas foi mantido, a exemplo de cirurgias, endodontias e etc. Em alguns casos são solicitadas somente as iniciais (RX I), ou somente as finais (RX F), e em outros, as iniciais e finais. As radiografias com finalidade de diag-

nóstico devem ser justificadas na própria GTO ou em receituário. Ver Tabela.

As radiografias e os procedimentos a que se referem poderão não ser aceitos em caso de películas sem condições de análise (problemas de revelação, manchas, fixação ou com graves erros de técnica).

A SERVDONTO poderá solicitar as radiografias a qualquer momento para perícia em casos de auditoria. O custo destas radiografias já está incluso no valor pago pelo procedimento.

É IMPORTANTE RESSALTAR QUE AS RADIOGRAFIAS SEJAM DISPOSTAS EM CARTELAS APROPRIADAS, POIS A SERVDONTO NÃO SE RESPONSABILIZA PELA DEVOLUÇÃO DAS MESMAS, CASO NÃO ESTEJAM IDENTIFICADAS, DATADAS E EM SUAS DEVIDAS CARTELAS.

### Fotografias

As fotografias, nos procedimentos em que forem solicitadas como condição para pagamento, poderão ser enviadas das seguintes formas:

1- Impressas em folha A4, com o código do tratamento à qual está atrelada e anexadas à GTO;

2- Em mídia física, estando os tratamentos identificados em pastas individuais, ou

3- A imagem pode ser enviada por email para [imagem@servdonto.com.br](mailto:imagem@servdonto.com.br). No campo assunto, coloque o número do tratamento. É preciso constar, no corpo do email, a identificação do cliente e a unidade a que se refere a imagem enviada

As fotos deverão ter, obrigatoriamente, boa qualidade, foco e iluminação para que sejam consideradas válidas, e não poderão passar por quaisquer formas de edição de imagens.

### Biópsia/Exame histopatológico

As biópsias, como os demais procedimentos serão autorizados e lançados na guia (GTO). A realização desta estará vinculada à análise de laboratorial (exame histopatológico).

Após as biópsias o dentista deverá encaminhar a peça cirúrgica devidamente acondicionada em solução de formol, acompanhada da "Guia de Serviço Profissional-SPSADT" e informações adicionais em receituário ao laboratório. Deverão ser preenchidos pelo cirurgião os campos 1, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 22, 26,

27, 28 desta guia, além de ser sua a responsabilidade de colher assinatura do paciente campo 88. Os demais campos serão preenchidos pelo laboratório executante do exame.

### 4 – Guia de tratamento odontológico

A "Guia de tratamento odontológico" (GTO) é composta de 51 campos de preenchimento nas cores cinza (preenchimento não obrigatório) e branca (preenchimento obrigatório):

**Campo 1:** Corresponde ao número de registro da operadora (Servdonto) na ANS. Encontra-se no verso da carteira do usuário;

**Campo 2:** Número da "Guia de Tratamento Odontológico" fornecido pelo sistema no ato da liberação;

**Campo 3:** Não é necessário preenchimento.

**Campo 4:** Corresponde a data de liberação da senha para a GTO;

**Campo 5:** Senha fornecida pelo atendente da Servdonto por telefone ou pela internet;

**Campo 6 e 7:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 8:** Número da matrícula do usuário. Encontra-se na frente da sua carteira;

**Campo 9:** Tipo de plano contratado pelo usuário. Encontra-se na frente da sua carteira;

**Campos 10, 11 e 12:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 13:** Nome completo do usuário;

**Campo 14:** Número de telefone para contato com o usuário. Caso não tenha, preencher com um traço;

**Campos 15 a 20:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 21:** Corresponde à matrícula da clínica (pessoa jurídica) ou do dentista (pessoa física) credenciado(a);

**Campo 22:** Nome da clínica (pessoa jurídica) ou dentista (pessoa física) credenciado(a);

**Campo 23:** Número do registro do Conselho Profissional (CRO) referente ao campo 21;

**Campo 24:** Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do Campo 22;

**Campo 25:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 26:** Nome do profissional executante do procedimento;

**Campo 27:** Número do Conselho Profissional referente ao campo 25;

**Campo 28:** Sigla da Unidade Federativa do Conse-

lho Profissional do Campo 26;

**Campo 29 e 30:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 31:** Código identificador do procedimento executado na operadora;

**Campo 32:** Nome do procedimento executado na operadora;

**Campo 33:** Identificação da unidade permanente o, decidiu ou da região onde será executado o procedimento;

**Campo 34:** Identificação da(s) face(s) das unidades submetidas à tratamento;

**Campos 35 a 40:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 41:** Data em que o procedimento foi realizado;

**Campo 42:** Assinatura do usuário, dando ciência da realização do procedimento descrito. Pode ser rubrica ou o primeiro nome;

**Campos 43 a 48:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 49:** Texto livre para observações em geral;

**Campo 50 a 51:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 52:** Data da assinatura do cirurgião dentista;

**Campo 53:** Assinatura do cirurgião dentista executante;

**Campo 54:** Data da assinatura do beneficiário ou responsável.

**Campo 55:** Assinatura do beneficiário ou responsável, igual à do documento de identidade.

**Campo 56:** Não é necessário preenchimento;

### 5 – Guia de serviço profissional/serviço auxiliar de diagnóstico e terapia-SP/SADT

Esta guia, também composta de campos cinza (preenchimento não obrigatório) e branca (preenchimento obrigatório) se destina exclusivamente ao exame histopatológico. Será preenchida parcialmente pelo cirurgião executante da biópsia e o restante pelo laboratório.

**Campo 1:** Corresponde ao número de registro da operadora na ANS. Encontra-se no verso da carteira do usuário;

**Campo 2:** Número da Guia de Serviço Profissional. Será fornecido pelo sistema no ato da liberação;

**Campo 3:** Número da GTO (campo 2) aberta pelo cirurgião para execução da biópsia;

**Campo 4:** Corresponde à data de liberação da se-

nha para a Guia de Serviço Profissional;

**Campo 5:** Senha fornecida pelo atendente da Servdonto por telefone ou pela internet;

**Campo 6:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 7:** Data de preenchimento da guia;

**Campo 8:** Número da matrícula do usuário. Encontra-se na frente de sua carteira;

**Campo 9:** Tipo de plano contratado pelo usuário. Encontra-se na frente da sua carteira;

**Campo 10:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 11:** Nome completo do usuário;

**Campo 12:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 13:** Corresponde a matrícula da clínica (pessoa jurídica) ou do dentista (pessoa física) na operadora. Ignorar o CNPJ ou CPF;

**Campo 14:** Nome da clínica (pessoa jurídica) ou do dentista (pessoa física) credenciado(a);

**Campo 15:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 16:** Nome do dentista que está solicitando o exame histopatológico;

**Campo 17:** Sigla do Conselho Profissional do dentista (CRO);

**Campo 18:** Número do registro no Conselho Profissional (CRO) referente ao campo 17;

**Campo 19:** Sigla da Unidade Federativa do Conselho Profissional do campo 18;

**Campos 20 e 21:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 22:** Caráter da solicitação. Preencher com "E" (eletivo) ou "U" (urgência);

**Campos 23 e 24:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 25:** Classificação por código da tabela de valores pela Servdonto. Já virá impresso de gráfica;

**Campo 26:** Código identificador do procedimento solicitado na operadora;

**Campo 27:** Nome do procedimento solicitado na operadora;

**Campo 28:** Quantidade solicitada do procedimento;

**Campo 29:** Quantidade autorizada do procedimento;

**Campo 30:** Corresponde à matrícula do laboratório na operadora. Ignora CNPJ/CPF;

**Campo 31:** Nome do laboratório, como está no seu contrato de credenciamento;

**Campos 32 a 45 a:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 46:** Tipo de atendimento prestado (05 - exame);

**Campo 47:** Não é necessário preenchimento;

**Campo 48:** Tipo de saída;  
**Campos 49 e 50:** Não é necessário preenchimento;  
**Campos 51:** Data de execução do exame histopatológico;  
**Campos 52 e 53:** Não é necessário preenchimento;  
**Campo 54:** Classificação por código da tabela de valores pela Servdonto. Já virá impresso de gráfica;  
**Campo 55:** Código identificador do procedimento executado na operadora;  
**Campo 56:** Nome do procedimento executado na operadora;  
**Campo 57:** Quantidade do procedimento realizado;  
**Campos 58 a 60:** Não é necessário preenchimento;  
**Campos 61:** Valor unitário do procedimento em reais;  
**Campo 62:** Somatório do valor total em reais dos procedimentos;  
**Campos 63 a 87:** Não é necessário preenchimento;  
**Campo 88:** Data e assinatura do associado ou maior responsável, igual à do documento de identidade;  
**Campo 89:** Data e assinatura do prestador executante do exame histopatológico.

## 6 – Remuneração dos serviços

### Tratamento e Serviços com cobertura total

Serão remunerados pela SERVDONTO no valor da tabela da contratada, mediante apresentação das GTOs (Guia de tratamento odontológico) pelo credenciado.

### Tratamento e serviços sem cobertura total

Todos os procedimentos e tratamentos não coberto pelo plano do usuário deverão ser pagos pelo mesmo diretamente ao dentista credenciado, portanto não serão reembolsados pela SERVDONTO. Sendo que terá desconto de até 60% no valor do procedimento, mediante acordo prévio com dentista credenciado. Lembrando sempre que na situação acima citada deverá haver anuência do usuário por escrito, com as assinaturas devidas. Em caso de dúvida, entre em contato com o Setor de credenciamento da SERVDONTO.

## 7 – Pagamentos de repasse

As GTOs (Guia de tratamento odontológico) autorizadas até o último dia de cada mês deverão ser entregues na SERVDONTO pessoalmente, e/ou pelo correio ou correitora (interior) até o dia 10 (dez) do mês seguinte, para serem processadas, salientamos que o dia 10 (dez) corresponde à data limite para entrega, ou seja, prazo final para entrega de produção. O pagamento é iniciado no dia 25 e vai até 05 do mês subsequente a entrega das GTOs, mediante sempre apresentação da NOTA FISCAL (pessoa jurídica), para pessoa física não é necessário. O protocolo de entrega deve conter a quantidade de GTOs. Para SERVDONTO no caso de postagem é considerado a data constante no envelope do correio e não nos responsabilizamos por extravio, carta simples ou protocolo sem quantidade de guias.

**Observação:** a partir do dia 20 de cada mês estará disponível o valor de repasse para emissão de NOTA FISCAL em nosso site [www.servdonto.com.br](http://www.servdonto.com.br).

## 8 – Recurso de glosas

De acordo com relação disponível no site da SERVDONTO a partir do dia 20 de cada mês, havendo alguma discordância em relação aos valores ou eventuais glosas o dentista credenciado deverá solicitar o recurso à SERVDONTO pelo e-mail [credenciamento@servdonto.com.br](mailto:credenciamento@servdonto.com.br) ou pelo telefone (79) 3205-8700, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de pagamento do repasse.

A partir do recebimento do recurso a SERVDONTO terá 30 (trinta) dias para análise e pagamento de eventuais diferenças se confirmadas, considerando que a análise não inclui pagamentos de faturas onde os usuários tenham sido atendidos sem senhas de liberação nem por falhas devidas ao desconhecido dos termos deste manual.

## 9 – Avaliação clínica

A SERVDONTO se reserva ao direito de solicitar uma avaliação pericial inicial a qualquer momento, em todo tipo de tratamento, para salvaguardar a sua imagem, do profissional e os direitos do usuário.

**Observação:** Todas as informações solicitadas são consideradas indispensáveis à execução da ficha, arquivo e radiografias relativas ao tratamento que tenha motivado a investigação.

## Setor de controle de qualidade

Os tratamentos autorizados estarão sujeitos a uma pesquisa com o usuário, avaliando o índice de satisfação do mesmo com a SERVDONTO e com o profissional que o atendeu.

- Havendo discordância entre o procedimento efetivado e realizado com o que consta na GTO, a SERVDONTO adotará as providências cabíveis, indicando com a perícia do usuário, e caso seja constatada a irregularidade adotaremos as medidas necessárias, tais como: estorno do pagamento caso já tenha sido ocorrido, advertência oral, escrita, suspensão temporária, rescisão do contrato de prestação de serviços, assim como medidas judiciais.

## 10 – Normas gerais

### PREENCHIMENTO GTO

- A SERVDONTO não se responsabiliza pelo preenchimento incorreto das guias, pelo descumprimento do prazo de entrega, não envio das radiografias ou relatórios, a má qualidade das mesmas, falta de assinaturas, rasuras ou negligência com as normas deste manual. Qualquer um destes descumprimentos inviabilizará o pagamento dos procedimentos realizados;

### PRÓTESE

- Os procedimentos de PRÓTESE os quais tem cobertura pelo plano, só serão pagos mediante declaração de "recebimento", assinada pelo usuário anexada junto a GTO.

### RADIOGRAFIA

- No caso das radiografias periapicais iniciais e finais ou qualquer outra necessidade devem ser anexadas a GTO, onde devem estar nítidas e identificadas em cartelas apropriadas.  
 - O usuário, obrigatoriamente só poderá assinar a GTO

após a conclusão do procedimento. Nunca, em hipótese alguma, deve assinar em branco antes de realizá-lo;  
 - Excepcionalmente o usuário pode apresentar carteira provisória, com assinatura e carimbo da SERVDONTO, contando a data de validade da mesma;

## ENDODONTIA

- Endodontia com indícios de possibilidade de insucesso (restaurações muito aquém do limite ou insuficiente, extravasamento de material além do ápice radicular, instrumentos fraturados e etc...), só serão pagos mediante o envio de um termo de responsabilidade do endodontista justificando a GTO.

- Para os casos de endodontia não concluída após análise 60 dias, o profissional deverá fazer um relatório de justificativa no campo de observação da GTO, sem o qual o procedimento não será pago.

- Ao realizar procedimentos de endodontia ou aumento de coroa clínica, o profissional deverá solicitar ao usuário que assine uma declaração se responsabilizando em comparecer ao consultório no prazo de 30 (trinta) dias ou prazo que o profissional determinar, para realizar o tratamento indicado pós-canal (restauração ou prótese) ou pós-aumento de coroa clínica. Tal medida previne a clínica e a SERVDONTO de futuros transtornos;

## MANUTENÇÃO

- As manutenções ortodônticas de aparelho fixo, móvel ou contenção só terão validade dentro do mês de sua autorização, ou seja, terá validade até o último dia do mês correspondente.

Ex.: Senha autorizada em outubro não servirá para novembro.

## DENTISTA

- O dentista credenciado está autorizado a realizar apenas os procedimentos para os quais especificou no contrato de prestação de serviço junto a SERVDONTO;  
 - Na dúvida com relação a qualquer liberação de procedimento ou tratamento não autorizado ou informações complementares entrar em contato com o setor de credenciamento: [credenciamento@servdonto.com.br](mailto:credenciamento@servdonto.com.br) ou (79) 3205-8700.  
 - Informar sempre quando houver troca do corpo clínico.

- As GTOs tem validade de 90 (noventa) dias partir da data do campo 4 ( data de autorização), após este prazo não serão mais aceitas.

### FORNECIMENTO DE ATESTADOS

Os atestados solicitados pelos beneficiários referentes aos atendimentos prestados, deverão ser feitos em receituário próprio do dentista credenciado e sob sua inteira responsabilidade.

### TIPOS DE PLANOS

Sênior (adesão, empresarial nacional ou individual)  
Master (adesão, empresarial nacional ou individual)  
Master Gold (adesão, empresarial nacional ou individual)  
VIP (adesão, empresarial nacional ou individual)  
Master Quality (adesão, empresarial nacional ou individual).

#### 11 – Peso dos procedimentos para pagamento

O credenciado está livre para realizar os procedimentos proposto ao usuário, sendo que o pagamento obedecerá aos critérios de peso.

#### RADIOLOGIA

81000421 / 81000375 / 81000383 / 81000430 / 81000340 / 81000405 / 81000472 / 81000367 / 81000308 / 81000294 / 81000537 / 81000480 / 81000456 / 81000278	1
---	---

#### CLÍNICO/AMBULATORIAL

81000065 / 8100073 / 81000154 / 82001103 / 84000244	1
---	---

#### PREVENÇÃO

84000198 / 84000090 / 84000139 / 85300047 / 85300012	1
--	---

#### DENTÍSTIA RESTAURADORA

85100099 / 85100102 / 85100110 / 85100129	1
85100196 / 85100200 / 85100137 / 85100145 / 85100153 / 85100161	2
85100226 / 85100218	3
85100064	4

#### CIRURGIAS

82000875 / 83000089	1
82001707	2
Demais procedimentos cobertos	4

#### ODONTOPEDIATRIA

84000074 / 84000201 / 84000031 / 84000058 / 84000112 / 83000135	1
85100080 / 83000127	2
83000151	3
83000046 / 83000097 / 83000100	4

#### ENDODONTIA

85100013	1
85200042 / 85200077	2
85200166 / 85200140 / 85200158 / 85200115 / 85200093 / 85200107 / 85200131 / 85200123	4

#### PRÓTESE

85400211	2
Demais procedimentos com cobertura total	4

#### OBSERVAÇÃO:

- Para procedimentos realizados em dentes extranumerários, explicar no campo de observação a região da intervenção.

- Todos os procedimentos informados ao pegar senha mensal e não forem realizados até o último dia do mês de autorização, devem ser cancelados, com exceção de endodontia e prótese, que podem necessitar conclusão em mês subsequente.

#### 12 – Protocolo de entrega de GTO

Todas as guias de atendimento odontológico devem ser entregues à SERVDONTO com protocolo de entrega anexado

## ATENÇÃO!

A instalação de aparelho ortodôntico é isenta de custo por parte do beneficiário, cabendo apenas o custo da manutenção conforme prescrito em Manual e Contrato assinados e acordados entre as partes.

O auditor poderá solicitar exames complementares se achar necessário.

Pagamentos de tratamentos só, serão aceitos se enviados na GTO, que está disponível no site da SERVDONTO e em via física em nossa sede.

A GTO para pagamento deverá estar devidamente preenchida, assinada e datada.

Os raios-x enviados deverão estar acondicionados em cartelas próprias e devidamente revelados, identificados e posicionados.

Não serão aceitos raio-x em invólucros, soltos, grampeados ou mal revelados.

Os recursos de glosa só serão aceitos mediante envio de formulário próprio disponível no site da SERVDONTO, devidamente preenchido e anexado documentação, se necessário.

O dentista tem 03 meses para montagem completa de ambas as arcadas do aparelho fixo, caso necessite de prorrogação por qualquer motivo deverá enviar relatório anexo a GTO para auditoria.

Manutenção será para aparelho de contenção e aparelho removível, cada uma com código específico.

Não será aceitos raio-x digitalizados enviados por e-mail para qualquer finalidade que seja.

A troca de profissional do tratamento ortodôntico implica em pré solicitação por parte do usuário, sendo que o mesmo deve assinar documento junto a clínica a qual deseja sair.

No caso de usuário que estão com aparelho de contenção/removível solicitar manutenção com código específico.

A documentação ortodontica é composta de : 01 panorâmica, 01 telerradiografia com até 02 traçados, 01 par de modelos ortodonticos mais pasta, 05 fotografias.

## 13 - CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS E COBERTURAS DOS PLANOS



## PLANOS

	PROCEDIMENTO	Código TUSS	Cobrança	USO	RX	LONGEVIDADE	Observações	Fotografia	VIP	MASTER	MASTER GOLD/MASTER QUALITY	SÊNIOR
CONSULTA	Consulta odontológica inicial	81000065	Geral	36,67	N	06 MESES	Inclui a orientação de dieta e higiene bucal mais técnicas de escovação. Utilizado para elaboração de plano de tratamento. Liberado a cada 12 meses caso o usuário esteja em tratamento com o profissional solicitante, neste período. Não liberado simultaneamente com os procedimentos 81000073/81000030.	N	S	S	S	S
	Consulta odontológica	81000030	Geral	36,67	N	6 MESES	Liberado a cada 6 meses para o mesmo prestador. Não liberado simultaneamente com os procedimentos 81000073/81000065	N	S	S	S	S
AUDITORIA	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	81000073	Geral	62,5	N	N	Apenas nos casos solicitados pela Operadora	N	S	S	S	S
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico anatomicopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial (Exame histopatológico)	81000154	Geral	174,24	N	N		N	S	S	S	S
	Teste de fluxo salivar	84000244	Geral	44	N	N		N	S	S	S	S
	Punção aspirativa buco-maxilo-facial	82001103	Geral	283,33	N	N		N	S	S	S	S
URGÊNCIA	Consulta odontológica de urgência <sup>1</sup>	81000049	Geral	125	I	N	Deverá ser solicitado quando não for encontrado um código específico na tabela TUSS. Não remunerado para pacientes em tratamento, ou quando decorrente de procedimentos executados pelo prestador atendente.	N	S	S	S	S
	Consulta odontológica de urgência 24 hs <sup>1</sup>	81000057	Geral	166,67	I	N		N	S	S	S	S
	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	82000484	Dente	125	N	N	Compõe a sutura do alvéolo, quando este bastar para hemostasia	F	S	S	S	S
	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	82000468	Dente	166,67	N	N	Compõe-se da sutura do alvéolo e aplicação de hemostático	F	S	S	S	S
	Colagem de fragmentos dentários	85100048	Dente	166,67	I	N	Estão inclusos os materiais utilizados para colagem de fragmentos	N	S	S	S	S
	Incisão e drenagem de abscesso extra-oral, hematoma e/ou fleimão da região buco-maxilo-facial	82001022	Hemi-arcada	166,67	N	N	Correta indicação e preenchimento no campo 49 (observações) da GTO, possível etiologia e tratamento realizado.	I/F	S	S	S	S
	Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou fleimão da região buco-maxilo-facial	82001030	Hemi-arcada	166,67	I	N	Correta indicação e preenchimento no campo 49 (observações) da GTO, possível etiologia e tratamento realizado.	N	S	S	S	S
	Imobilização dentária em dente decíduo	85000787	Dente	125	N	N	Estão inclusos os materiais utilizados para imobilização dentária.	I/F	S	S	S	S
	Imobilização dentária em dente permanente (contenção de fio ortodôntico em caso de trauma dental)	85300020	Dente	166,67	N	N	Estão inclusos os materiais utilizados para imobilização dentária.	I/F	S	S	S	S
	Recimentação de trabalhos protéticos	85400467	Dente	166,67	N	N	Estão inclusos os materiais utilizados na recimentação.	I/F	S	S	S	S
	Redução simples de luxação de articulação têmporo-mandibular (ATM)	82001197	Geral	145,83	N	N	Informar no Campo 49 tipo de manobra, contenção e medicação utilizada.	I/F	S	S	S	S
PREVENÇÃO	Profilaxia ( polimento coronário)	84000198	Geral	33,33	N	06 MESES	Inclui controle e evidênciação de placa e aplicação tópica de flúor, não remunerados juntamente com o procedimento 84000090.	N	S	S	S	S
	Aplicação tópica de flúor	84000090	Geral	20,83	N	06 MESES	Não remunerado juntamente com o código 84000198	N	S	S	S	S
	Raspagem supra-gengival	85300047	Arcada	33,33	N	06 MESES	Compreende a remoção de tártaros supra-gengivais. É necessário a apresentação da Fotografia Inicial.	I	S	S	S	S

## 13 - CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS E COBERTURAS DOS PLANOS



## PLANOS

PROCEDIMENTO	Código TUSS	Cobrança	USO	RX	LONGEVIDADE	Observações	Fotografia	VIP	MASTER	MASTER GOLD/MASTER QUALITY	SENIOR	
ODONTOPEDIATRIA (ATÉ 12 ANOS)	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras	84000074	Dente	20,83	N	ÚNICO	Para unidades recentemente erupcionadas sem histórico de carie, somente em dentes permanentes. Não remunerado simultaneamente com o procedimento 84000090.	N	S	S	S	S
	Aplicação de carióstático (somente em dentes deciduos)	84000031	Dente	20,83	N	ÚNICO	Idade máxima 12 anos. Sem tratamento restaurador prévio.	N	S	S	S	S
	Aplicação de selante técnica invasiva	84000058	Dente	83,34	N	ÚNICO	Para unidades recentemente erupcionadas sem histórico de carie, somente em dentes permanentes. Não remunerado simultaneamente com o procedimento 84000090.	N	S	S	S	S
	Aplicação tópica de verniz fluoretado	84000112	Dente	16,67	N	ÚNICO	Para dentes com lesões de mancha branca ativa, sem tratamento prévio. Não remunerado simultaneamente com o procedimento 84000090.	N	S	S	S	N
	Remineralização	84000201	Arcada	16,67	N	06 MESES	Para dentes com lesões de mancha branca ativa, sem tratamento prévio. Não remunerado simultaneamente com o procedimento 84000090.	N	S	S	S	N
	Coroa de aço em dente decíduo	83000046	Dente	41,67	I/F	60 MESES	Radiografias incluídas no procedimento.	N	S	S	S	S
	Restauração atraumática em decíduo	83000135	Dente	83,34	N	24 MESES	Apenas para dentes deciduos e tendo obrigatoriamente Ionômero de Vidro como material restaurador.	N	S	S	S	N
	Mantenedor de espaço fixo	83000097	Hemi-arcada	458,34	N	ÚNICO	Informar no campo 49 os dentes que serão substituídos pelo mantenedor.	F	S	S	S	N
	Mantenedor de espaço removível	83000100	Arcada	458,34	N	ÚNICO	Informar no campo 49 os dentes que serão substituídos pelo mantenedor.	F	S	S	S	N
	Pulpotomia em dente decíduo	83000127	Dente	83,3	F	ÚNICO	É necessário o envio de radiografia final, independente da idade do paciente.	N	S	S	S	S
	Tratamento endodôntico em decíduo	83000151	Dente	149	I/F	ÚNICO	Necessário preenchimento total do canal radicular com material obturador, não sendo autorizado para dentes em processo de esfoliação.	N	S	S	S	S
DENTÍSTICA RESTAURADORA	Restauração atraumática em dente permanente	85100080	Dente	83,34	N	24 MESES	Apenas para dentes permanentes em dentição mista e obrigatoriamente ionômero de vidro como material restaurador.	N	S	S	S	S
	Restauração em amálgama 1 face	85100099	Dente	50	N	24 MESES	Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal. Fotografias poderão ser solicitadas dependendo da modalidade contratual do beneficiário.	N	S	S	S	S
	Restauração em amálgama 2 faces	85100102	Dente	50	N	24 MESES	Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal. Fotografias poderão ser solicitadas dependendo da modalidade contratual do beneficiário.	N	S	S	S	S
	Restauração em amálgama 3 faces	85100110	Dente	50	N	24 MESES	Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal. Fotografias poderão ser solicitadas dependendo da modalidade contratual do beneficiário.	N	S	S	S	S
	Restauração em amálgama 4 faces	85100129	Dente	50	N	24 MESES	Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal. Fotografias poderão ser solicitadas dependendo da modalidade contratual do beneficiário.	N	S	S	S	S

## 13 - CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS E COBERTURAS DOS PLANOS



## PLANOS

	PROCEDIMENTO	Código TUSS	Cobrança	USO	RX	LONGEVIDADE	Observações	Fotografia	VIP	MASTER	MASTER GOLD/MASTER QUALITY	SÊNIOR
DENTÍSTICA RESTAURADORA	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	85100196	Dente	95,34	N	24 MESES	Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal. Fotografias poderão ser solicitadas dependendo da modalidade contratual do beneficiário.	N	S	S	S	S
	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	85100200	Dente	100	N	24 MESES	Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal. Fotografias poderão ser solicitadas dependendo da modalidade contratual do beneficiário.	N	S	S	S	S
	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	85100218	Dente	116,67	N	24 MESES	Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal.	I	S	S	S	S
	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	85100226	Dente	116,67	N	24 MESES	Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal.	I	S	S	S	S
	Faceta direta em resina fotopolimerizável	85100064	Dente	125	N	24 MESES	Autorizado apenas para faces vestibulares em dentes anteriores. Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal.	I/F	S	S	S	S
	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	85100137	Dente	83,34	N	24 MESES	Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal. Fotografias poderão ser solicitadas dependendo da modalidade contratual do beneficiário.	N	S	S	S	S
	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	85100145	Dente	83,34	N	24 MESES	Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal. Fotografias poderão ser solicitadas dependendo da modalidade contratual do beneficiário.	N	S	S	S	S
	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	85100153	Dente	83,34	N	24 MESES	Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal. Fotografias poderão ser solicitadas dependendo da modalidade contratual do beneficiário.	N	S	S	S	S
	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	85100161	Dente	83,34	N	24 MESES	Procedimento inclui forramento, polimento e ajuste oclusal. Fotografias poderão ser solicitadas dependendo da modalidade contratual do beneficiário.	N	S	S	S	S
	Dessensibilizante dentinário	85300012	Dente	16,67	N	06 MESES	Preenchimento no campo 49, justificando o motivo da realização.	N	S	S	S	S
	Clareamento de dente desvitalizado ( 3 sessões)	85200018	Dente	58,34	I	24 MESES	Deverá ser realizado apenas em dentes anteriores previamente tratados endodonticamente.	F	S	S	S	S
CIRURGIA SIMPLES E ORAL MENOR	Clareamento caseiro	85100021	Arcada	416,66	N	24 MESES	Inclui placa de acetato e gel clareador em quantidade suficientemente efetiva para o caso. Para execução desse procedimento será necessário a apresentação de relatório de conclusão do tratamento ortodôntico anexado à GTO.	I/F	S	N	S	N
	Exodontia simples permanente	82000875	Dente	58,33	N	Único	Inclui todas as etapas do processo operatório, da antisepsia à sutura, independente da técnica operatória escolhida.	N	S	S	S	N
	Exodontia a retalho ( téc. terceira)	82000816	Dente	165	I/F	Único	Inclui todas as etapas do processo operatório, da antisepsia à sutura, independente da técnica operatória escolhida. Radiografia incluída no procedimento.	N	S	S	S	S
	Exodontia simples de deciduo	83000089	Dente	29,16	N	Único	Inclui todas as etapas do processo operatório, da antisepsia à sutura, independente da técnica operatória escolhida.	N	S	S	S	S

## 13 - CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS E COBERTURAS DOS PLANOS



## PLANOS

PROCEDIMENTO	Código TUSS	Cobrança	USO	RX	LONGEVIDADE	Observações	Fotografia	VIP	MASTER	MASTER GOLD/MASTER QUALITY	SÊNIOR
Exodontia de raiz residual	82000859	Dente	143,41	I/F	Único	Inclui todas as etapas do processo operatório, da antisepsia à sutura, independente da técnica operatória escolhida. Radiografia incluída no procedimento.	N	S	S	S	S
Remoção de dente incluído / impactado	82001286	Dente	355	I/F	Único	Inclui todas as etapas do processo operatório, da antisepsia à sutura, independente da técnica operatória escolhida. Radiografia incluída no procedimento. É necessária a completa inclusão coronária.	N	S	S	S	S
Remoção de dente semi-incluído	82001294	Dente	300	I/F	Único	Inclui todas as etapas do processo operatório, da antisepsia à sutura, independente da técnica operatória escolhida. Radiografia incluída no procedimento. É necessária a inclusão coronária parcial.	N	S	S	S	S
Alveoplastia	82000034	Arcada	200	I/F	ÚNICO	Deverá ser solicitado apenas para regularização de rebordo alveolar, exclusivamente após exodontias de dente contíguos.	N	S	S	S	S
Frenulectomia labial	82000883	Arcada	188	N	ÚNICO	Necessário envio de laudo e fotografia inicial. Não remunerado juntamente com o código 82000905.	I	S	S	S	S
Frenulectomia lingual	82000891	Arcada	230	N	ÚNICO	Necessário envio de laudo com indicação do procedimento e fotografia inicial. Não remunerado juntamente com o código 82000913.	I	S	S	S	S
Cirurgia para tórus palatino	82000395	Arcada	292	N	ÚNICO	Envio de laudo e fotografias para pagamento.	N	S	S	S	S
Cirurgia para tórus mandibular - unilateral	82000387	Geral	209	N	ÚNICO	Envio de laudo e fotografias para pagamento.	I	S	S	S	S
Cirurgia para tórus mandibular - bilateral	82000360	Geral	292	N	ÚNICO	Envio de laudo e fotografias para pagamento.	I	S	S	S	S
Apicectomia de unirradicular sem obturação retrógrada	82000182	Dente	292	I/F	ÚNICO	Envio de laudo e radiografias para pagamento.	N	S	S	S	S
Apicectomia de unirradicular com obturação retrógrada	82000174	Dente	334	I/F	ÚNICO	Envio de laudo e radiografias para pagamento.	N	S	S	S	S
Apicectomia de birradicular com obturação retrógrada	82000077	Dente	416	I/F	ÚNICO	Envio de laudo e radiografias para pagamento.	N	S	S	S	S
Apicectomia de birradicular sem obturação retrógrada	82000085	Dente	396	I/F	ÚNICO	Envio de laudo e radiografias para pagamento.	N	S	S	S	S
Apicectomia de multirradicular com obturação retrógrada	82000158	Dente	500	I/F	ÚNICO	Envio de laudo e radiografias para pagamento.	N	S	S	S	S
Apicectomia de multirradicular sem obturação retrógrada	82000166	Dente	458	I/F	ÚNICO	Envio de laudo e radiografias para pagamento.	N	S	S	S	S
Bridetomia	82000298	Arcada	208	N	ÚNICO		N	S	S	S	S
Bridotomia	82000301	Arcada	208	N	ÚNICO		N	S	S	S	S
Remoção de odontoma	82001367	Dente	209	I/F	ÚNICO	Obrigatório envio de Laudo.	N	S	S	S	S
Reconstrução de sulco gengivo-labial	82001154	Arcada	209	N	ÚNICO	Remuneração somente para pacientes desdentados, afim de aumentar retenção da prótese.	N	S	S	S	S
Gengivectomia	82000921	Hemi-arcada	271	N	ÚNICO	É necessário envio de solicitação por outro profissional que não seja o executante. Para especialistas em periodontia apenas envio de fotografia inicial.	I	S	S	S	S
Gengivoplastia	82000948	Hemi-arcada	282	N	ÚNICO	É necessário envio de solicitação por outro profissional que não seja o executante. Para especialistas em periodontia apenas envio de fotografia inicial.	I	S	S	S	S

CIRURGIA SIMPLES E ORAL-MENOR

## 13 - CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS E COBERTURAS DOS PLANOS



## PLANOS

	PROCEDIMENTO	Código TUSS	Cobrança	USO	RX	LONGEVIDADE	Observações	Fotografia	VIP	MASTER	MASTER GOLD/MASTER QUALITY	SENIOR
CIRURGIA SIMPLES E ORAL MENOR	Odonto-seção	82001073	Dente	188	I/F	ÚNICO	Procedimento de separação das raízes com finalidade de retirar a raiz comprometida e deixar a sadia. Procedimento inclui da antisepsia à sutura.	N	S	S	S	S
	Reimplante dentário com contenção	82001251	Arcada	163	I/F	ÚNICO			S	S	S	S
	Ulotomia	82001715	Dente	83,34	N	ÚNICO	Procedimentos aprovados apenas para dentes em fase de erupção. Necessário envio de relatório. Radiografias incluídas no procedimento.	N	S	S	S	S
	Ulectomia	82001707	Dente	83,34	N	ÚNICO	Procedimentos aprovados apenas para dentes em fase de erupção. Necessário envio de relatório. Radiografias incluídas no procedimento.	N	S	S	S	S
	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	82001502	Dente	500	I/F	ÚNICO	Cirurgia para exposição de unidade inclusa com colagem de braquete. Necessário radiografias para pagamento.	N	S	S	S	S
	Exérese ou excisão de cálculo salivar	82000778	Geral	250	N	ÚNICO	Obrigatório o envio de relatório.	N	S	S	S	S
	Exérese ou excisão de rânula	82000808	Geral	166,67	N	ÚNICO	Obrigatório o envio de relatório.	N	S	S	S	S
	Biópsia da boca	82000239	Geral	83,34	N	ÚNICO	Obrigatório envio de relatório. Não inclui exame histopatológico.	N	S	S	S	S
	Exérese ou excisão de mucocele	82000794	Geral	166,67	N	ÚNICO	Obrigatório o envio de relatório.	N	S	S	S	S
	Redução cruenta de fratura alvéolo-dentária	82001170	Geral	355	I	ÚNICO	Obrigatório o envio de Raio-x	N	S	S	S	S
	Redução incruenta de fratura alvéolo-dentária	82001189	Geral	163	I	ÚNICO	Obrigatório o envio de Raio-x.	N	S	S	S	S
	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	82000832	Dente	70,83	N	ÚNICO	Obrigatório o envio de relatório.	N	S	S	S	S
	Cirurgia odontológica a retalho	82000336	Dente	187,5	I/F	ÚNICO	Inclui todas as etapas do processo operatório, da antisepsia à sutura, independente da técnica operatória escolhida. Enviar relatório.	N	S	S	S	S
	Sepultamento radicular	82001464	Dente	205	I/F	ÚNICO	Apenas para raízes residuais com tratamento endodôntico e sem lesão periapical	N	S	S	S	S
	Tratamento cirúrgico das fistulas buco-nasais	82001510	Arcada	500	N	ÚNICO	Obrigatório envio de relatório.	N	S	S	S	S
	Tratamento cirúrgico das fistulas buco-sinusais	82001529	Arcada	500	N	ÚNICO	Obrigatório envio de relatório.	N	S	S	S	S
	Curetagem apical	82001511	Dente	292	N	ÚNICO		N	S	S	S	S
	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	82001618	Arcada	209	N	ÚNICO	Obrigatório envio de relatório.	N	S	S	S	S
	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial	82001596	Arcada	209	N	ÚNICO	Obrigatório envio de relatório.	N	S	S	S	S
	PERIODONTIA	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	85300039	Arcada	175	I	03 MESES	Estão inclusos nesse procedimento raspagens e alisamentos radiculares e coronais. Não remunerados com código 85300047	N	S	S	S
Enxerto gengival livre		82000662	Arcada	209	N	24 MESES	Obrigatório envio de relatório, fotografia inicial e final.	N	S	S	S	S
Cirurgia periodontal a retalho		82000417	Hemi-arcada	166,66	I	Único	Inclui gengivectomia e curativo pós-cirúrgico	N	S	S	S	S
Cunha proximal		82000557	Dente	83,34	N	Único	Autorizado apenas para região de terceiros molares	N	S	S	S	S
Aumento de coroa clínica		82000212	Dente	205	I/F	Único	Neste procedimento deverá ser feito obrigatoriamente osteotomia, com fim de recuperação de espaço biológico	N	S	S	S	S

## 13 - CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS E COBERTURAS DOS PLANOS



## PLANOS

	PROCEDIMENTO	Código TUSS	Cobrança	USO	RX	LONGEVIDADE	Observações	Fotografia	VIP	MASTER	MASTER GOLD/MASTER QUALITY	SÊNIOR
ENDODONTIA	Tratamento endodôntico unirradicular	85200166	Dente	286,37	I/F	Único	Este procedimento inclui radiografias, trocas de medicação intracanal (se necessário) e restauração provisória	N	S	S	S	S
	Tratamento endodôntico birradicular	85200140	Dente	379,41	I/F	Único	Este procedimento inclui radiografias, trocas de medicação intracanal (se necessário) e restauração provisória	N	S	S	S	S
	Tratamento endodôntico multirradicular	85200158	Dente	578,95	I/F	Único	Este procedimento inclui radiografias, trocas de medicação intracanal (se necessário) e restauração provisória	N	S	S	S	S
	Retratamento endodôntico unirradicular	85200115	Dente	379,41	I/F	60 MESES	Este procedimento inclui remoção de material obturador, radiografias, trocas de medicação intracanal (se necessário) e restauração provisória	N	S	S	S	S
	Retratamento endodôntico birradicular	85200093	Dente	478,50	I/F	60 MESES	Este procedimento inclui remoção de material obturador, radiografias, trocas de medicação intracanal (se necessário) e restauração provisória	N	S	S	S	S
	Retratamento endodôntico multirradicular	85200107	Dente	704,83	I/F	60 MESES	Este procedimento inclui remoção de material obturador, radiografias, trocas de medicação intracanal (se necessário) e restauração provisória	N	S	S	S	S
	Pulpotomia em dente permanente	85200042	Dente	83,30	I/F	Único	Apenas para dentes permanentes em processo de fechamento de ápice	N	S	S	S	S
	Capecamento pulpar direto	85100013	Dente	41,67	I	Único	Obrigatório o envio de Raio-x inicial.	N	S	S	S	S
	Tratamento de perfuração endodôntica	85200123	Dente	583,34	I/F	Único	Obrigatório o envio de relatório.	N	S	S	S	S
Tratamento de dente com rizogênese incompleta	85200131	Dente	83,30	I/F	Único	Obrigatório o envio de relatório.	N	S	S	S	S	
PRÓTESE	Prótese Total	85400408	Arcada	1.402,50	N	60 MESES	É necessário o envio de relatório de entrega de prótese assinado pelo paciente, para pagamento.	N	S	N	N	N
	Prótese parcial removível com grampos bilaterais - roach	85400386	Arcada	1.214,59	N	60 MESES	É necessário apresentar as fotografias dos pilares da prótese pós preparo e após a prótese instalada, e que os mesmos encontrem-se em boa situação periodontal.	F	S	N	N	N
	Núcleo metálico fundido	85400220	Dente	271,00	I/F	60 MESES	Núcleo deve possuir 2/3 do comprimento da raiz, comprimento igual da coroa da futura restauração, permanência de pelo menos 3 mm de material obturador. Nos casos de perda óssea: o comprimento do núcleo deve ter metade da inserção óssea.	N	S	S	S	S
	Coroa provisória sem pino	85400084	Dente	188,15	N	60 MESES	Fotografia inicial e final.	I/F	S	S	S	S
	Coroa total metálica	85400149	Dente	389,00	N	60 MESES	Fotografia inicial e final. Esse código deverá ser solicitado quando não houver mais possibilidade de restauração direta na unidade.	I/F	S	S	S	S
	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	85400483	Arcada	200,21	N	36 MESES	PPR/PT em que há necessidade de ajuste mucoso. Não remunerado junto do código 85400408, 85400386.	N	S	N	N	N
	Restauração metálica fundida	85400556	Dente	385,20	I/F	60 MESES	Fotografia inicial e final. Esse código deverá ser solicitado quando não houver mais possibilidade de restauração direta na unidade.	N	S	S	S	S
	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em laboratório)	85400491	Arcada	200,21	N	36 MESES	PPR/PT em que há necessidade de ajuste mucoso. Não remunerado junto do código 85400408, 85400386.	N	S	N	N	N

## 13 - CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS E COBERTURAS DOS PLANOS



## PLANOS

	PROCEDIMENTO	Código TUSS	Cobrança	USO	RX	LONGEVIDADE	Observações	Fotografia	VIP	MASTER	MASTER GOLD/MASTER QUALITY	SÊNIOR
PRÓTESE	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	85400041	Arcada	72,59	N	24 MESES		N	S	N	N	N
	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	85400068	Dente	72,59	N	24 MESES		N	S	N	N	N
	Rembasamento de coroa provisória	85400475	Dente	200,21	N	36 MESES	Esse procedimento não será remunerado juntamente com os códigos 85400084, 85400149, 85400165, 85400173, 85400092, 87000040, 85400106, 87000059, 87000067, 85400114.	N	S	S	S	S
	Ajuste oclusal por acréscimo	85400017	Geral	35,25	N	36 MESES		N	S	S	S	S
	Remoção de núcleo intra radicular	85200077	Dente	110,00	I/F	36 MESES		N	S	S	S	S
	Órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora)	85400246	Arcada	336,67	N	36 MESES	Informar no campo 49: tipo de placa, indicação, diagnóstico, tempo de utilização e etc.	N	S	N	N	N
	Órtese mio-relaxante (placa oclusal reposicionadora)	85400254	Arcada	366,67	N	36 MESES	Informar no campo 49: tipo de placa, indicação, diagnóstico, tempo de utilização e etc.	N	S	N	N	N
	Placa oclusal resiliente	85400270	Arcada	366,67	N	36 MESES	Informar no campo 49: tipo de placa, indicação, diagnóstico, tempo de utilização e etc.	N	S	N	N	N
	Prótese total imediata	85400416	Arcada	1.046,35	N	60 MESES		N	N	N	N	N
	Faceta em cerâmica pura	85400181	Dente	01166,66	N	36 MESES		N	N	N	N	N
	Remoção de trabalho protético	85400505	Dente	110,00	I/F	60 MESES		N	S	S	S	S
	Coroa total metalo plástica cerômero	85400165	Dente	779,17	I/F	60 MESES	Fotografia inicial e final. Esse código deverá ser solicitado quando não houver mais possibilidade de restauração direta na unidade.	N	S	N	N	N
	Coroa total metalo plástica - acrílica	85400173	Dente	779,17	I/F	60 MESES	Fotografia inicial e final. Esse código deverá ser solicitado quando não houver mais possibilidade de restauração direta na unidade.	N	S	N	N	N
	Coroa total acrílica prensada	85400092	Dente	779,17	I/F	60 MESES	Fotografia inicial e final. Esse código deverá ser solicitado quando não houver mais possibilidade de restauração direta na unidade.	N	N	N	N	N
	Coroa de acetato em dente permanente	87000040	Dente	171,33	I/F	60 MESES	Fotografia inicial e final. Esse código deverá ser solicitado quando não houver mais possibilidade de restauração direta na unidade.	N	S	S	S	S
	Coroa total em cerâmica pura	85400106	Dente	1.583,33	N	60 MESES	Fotografia inicial e final. Esse código deverá ser solicitado quando não houver mais possibilidade de restauração direta na unidade.	N	N	N	N	N
	Coroa de aço em dente permanente	87000059	Dente	171,33	N	60 MESES	Fotografia inicial e final. Esse código deverá ser solicitado quando não houver mais possibilidade de restauração direta na unidade.	N	S	S	S	S
	Coroa de policarbonato em dente permanente	87000067	Dente	171,33	I/F	60 MESES	Fotografia inicial e final. Esse código deverá ser solicitado quando não houver mais possibilidade de restauração direta na unidade.	N	S	S	S	S
	Coroa total de cerômero ( incisivos e caninos)	85400114	Dente	01166,66	I/F	60 MESES	Fotografia inicial e final. Esse código deverá ser solicitado quando não houver mais possibilidade de restauração direta na unidade.	N	S	S	S	S
	Plano inclinado	86000551	Geral	333,00	N	Único		N	S	S	S	S

## 13 - CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS E COBERTURAS DOS PLANOS



## PLANOS

	PROCEDIMENTO	Código TUSS	Cobrança	USO	RX	LONGEVIDADE	Observações	Fotografia	VIP	MASTER	MASTER GOLD/MASTER QUALITY	SÊNIOR
PRÓTESE	Núcleo de preenchimento	85400211	Dente	75,50	F	Único	Núcleo deve possuir 2/3 do comprimento da raiz, comprimento igual da coroa da futura restauração, permanência de pelo menos 3 mm de material obturador. Nos casos de perda óssea: o comprimento do núcleo deve ter metade da inserção óssea.	N	S	S	S	S
RADIOLOGIA	Rx periapical ANEXAR NA GTO	81000421	Unidade	14,58	S	06 MESES		N	S	S	S	S
	Rx inter-proximal - Bite wing ANEXAR NA GTO	81000375	Lado	12,50	S	06 MESES		N	S	S	S	S
	Rx oclusal	81000383	Arcada	36,66	S	06 MESES		N	S	S	S	S
	Rx pósterio-anterior	81000430	Unidade	79,16	S	06 MESES		N	S	N	N	N
	Rx da ATM ( 4 incidências)	81000340	Unidade	165,83	S	12 MESES		N	S	N	N	N
	Rx Panorâmico de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	81000405	Unidade	79,16	S	06 MESES		N	S	S	S	S
	Telerradiografia	81000472	Unidade	78,75	S	12 MESES		N	S	N	N	N
	Rx da mão e punho - carpal	81000367	Unidade	78,75	S	12 MESES		N	S	N	N	N
	Modelos ortodônticos + pasta ortodôntica	81000308	Unidade	104,16	S	12 MESES		N	S	N	N	N
	Slide ( unidade)	81000456	Unidade	7,50	N	12 MESES		N	S	N	N	N
	Fotografia	81000278	Unidade	20,00	N	12 MESES		N	S	N	N	N
	Levantamento radiográfico (exame radiodôntico)	81000294	Unidade	270,84	S	12 MESES		N	S	N	N	N
	Traçado cefalométrico	81000537	Unidade	33,34	S	06 MESES		N	S	N	N	N
	Telerradiografia com traçado cefalomérico	81000480	Unidade	120,00	S	12 MESES		N	S	N	N	N
Documentação ortodôntica	-	Unidade			S	12 MESES		N	S	N	S	N
ORTODONTIA	Manutenção de aparelho ortodôntico- aparelho fixo	86000357	Geral	166,66	N	01 MÊS		N	S	N	S	N
	Manutenção de aparelho ortodôntico- aparelho removível	86000373	Geral	83,33	N	01 MÊS		N	S	N	S	N
	Aparelho ortodôntico fixo		Geral	-	N	N		N	S	S	S	S

## ORIENTAÇÕES E LEGENDA

## LEGENDA

S	SIM
N	NÃO
I	INICIAL
F	FINAL
ARCADA	AI-AS

## LEGENDA

UNIDADE	NÚMERO DO DENTE. EX.: DENTE 15
HEMI-ARCADA	HSD-HSE HID HIE
REGIÃO	RMSD,RPSD,RCSD,RIS,RCSE,RMSE,RMIE,RPIE,RII,RCID,RPID , RMID
LADO	DIRS, DIRI, ESQS E ESQI





GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2- Nº 4 606335821

1- Registro ANS 41470-1	3- Nº Guia Principal 4,5,0,6,3,2,5,8,0,1	4- Data da Autorização 01/11/12	5- Senha 568412	6- Data Validade da Senha	7- Data de Emissão da Guia 13/04/08
----------------------------	---	------------------------------------	--------------------	---------------------------	--

**Dados do Beneficiário**

8- Número da Carteira 1,0,2,0,0,1,1,1,1,0,0	9- Plano MASTER	10- Validade da Carteira	11- Nome JOSELITA SILVA DOS SANTOS	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------	--------------------------	---------------------------------------	--

**Dados do Contratado Solicitante**

13- Código na Operadora / CNPJ / CPF 0,0,0,1	14- Nome do Contratado CLÍNICA DE ATENDIMENTO SERVDONTO	15- Código CNES
---	--	-----------------

16- Nome do Profissional Solicitante JOSÉ JORGE SANTANA CONCEIÇÃO	17- Conselho Profissional CRO	18- Número do Conselho 2422	19- UF SE	20- Código CBO S
--	----------------------------------	--------------------------------	--------------	------------------

**Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados**

21- Data/Hora da Solicitação	22- Caráter de Solicitação E 21 - E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23- CID 10	24- Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)
------------------------------	--	------------	---

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Ol. Solic. 29 - O. Autoriz.
1- 9   4		EXAME HISTOPATOLÓGICO	0,1   0,1
2- 9   4			
3- 9   4			
4- 9   4			
5- 9   4			

**Dados da Solicitação Executante**

30- Código na Operadora/ CNPJ / CPF 6,4,5,8,7,3,2,1	31- Nome do Contratado LABLAB ANÁLISES CLÍNICAS LTDA	32- T. L.	33 34 35 - Logradouro - Número - Complemento	36- Município	37- UF	38- Cód. IBGE	39- CEP	40- Código CNES
40a- Código na Operadora/ CPF do exc. Complementar	41- Nome do Profissional Executante/Complementar	42- Conselho Profissional	43- Número do Conselho	44- UF	45- Código CBO S	45a- Grau da Participação		

**Dados do Atendimento**

46- Tipo Atendimento 0 5 01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	47- Indicação da Acidente 0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros	48- Tipo de Saída 3 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
49- Tipo da Doença A - Aguda C - Crônica	50- Tempo da Doença A - Anos M - Meses D - Dias	

**Procedimentos e Exames realizados**

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tabela	55 - Código de Procedimento	56 - Descrição	57 - Qtde.	58 - via	59 - Tec. 60% Red. / Acresc.	61 - Valor Unitário - RS	62 - Valor Total - RS
2,9/0,4/12			9   4	1,3,1	EXAME HISTOPATOLÓGICO				4,6,0,0	4,6,0,0
			9   4							
			9   4							
			9   4							
			9   4							

63 - Data e Assinatura do Procedimentos em Série

1- / /	3- / /	6- / /	7- / /	9- / /
2- / /	4- / /	7- / /	8- / /	10- / /

64 - Observação

65 - Total Procedimentos RS	66 - Total Taxas e Aluguéis RS	67 - Total Materiais RS	68 - Total Medicamentos RS	69 - Total Diárias RS	70 - Total Gases Medicinais RS	71 - Total Geral da Guia RS
-----------------------------	--------------------------------	-------------------------	----------------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante	87 - Data e Assinatura do Responsável pela autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/12 <i>Ass. Joselita Silva dos Santos</i>	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante 01/11/12 <i>Ass. Joaquim Cerpa</i>
---------------------------------------	--	--	--

Protocolo de Entrega - Guia de Tratamento Odontológico		
Entrega em: ____ / ____ / ____		
CREDENCIADO: _____		Matrícula: _____
<input type="checkbox"/> Guia de Solicitação	<input type="checkbox"/> Capital	<input type="checkbox"/> Quantidade
<input type="checkbox"/> Guia de Cobrança	<input type="checkbox"/> Interior	
Entregue por: _____		Recebido por: _____
Para Uso da Servdonto		
Auditado (    ) _____ ____ / ____ / ____	Digitado (    ) _____ ____ / ____ / ____	Conferido (    ) _____ ____ / ____ / ____
Protocolo de Entrega - Guia de Solicitação/Cobrança		
<input type="checkbox"/> Guia de Solicitação	<input type="checkbox"/> Guia de Cobrança	<input type="checkbox"/> Quantidade
Data e Assinatura do Colaborador: _____    ____ / ____ / ____		



## ATENÇÃO!

A instalação de aparelho ortodôntico é isenta de custo por parte do beneficiário, cabendo apenas o custo da manutenção conforme prescrito em Manual e Contrato assinados e acordados entre as partes.

O auditor poderá solicitar exames complementares se achar necessário.

Pagamentos de tratamentos só, serão aceitos se enviados na GTO, que está disponível no site da SERVDONTO e em via física em nossa sede.

A GTO para pagamento deverá estar devidamente preenchida, assinada e datada.

Os raios-x enviados deverão estar acondicionados em cartelas próprias e devidamente revelados, identificados e posicionados.

Não serão aceitos raio-x em invólucros, soltos, grampeados ou mal revelados.

Os recursos de glosa só serão aceitos mediante envio de formulário próprio disponível no site da SERVDONTO, devidamente preenchido e anexado documentação, se necessário.

O dentista tem 03 meses para montagem completa de ambas as arcadas do aparelho fixo, caso necessite de prorrogação por qualquer motivo deverá enviar relatório anexo a GTO para auditoria.

Manutenção será para aparelho de contenção e aparelho removível, cada uma com código específico.

Não será aceitos raio-x digitalizados enviados por e-mail para qualquer finalidade que seja.

A troca de profissional do tratamento ortodôntico implica em pré solicitação por parte do usuário, sendo que o mesmo deve assinar documento junto a clínica a qual deseja sair.

No caso de usuário que estão com aparelho de contenção/removível solicitar manutenção com código específico.

A documentação ortodontica é composta de : 01 panorâmica, 01 telerradiografia com até 02 traçados, 01 par de modelos ortodonticos mais pasta, 05 fotografias.



### SERVDONTO ALAGOAS

Rua Cincinato Pinto, 377  
Galeria Elizabete Tenório - Sala E  
Centro - Maceió/AL - CEP: 57020-050  
Tel.: (82) 3024-1554

### SERVDONTO BAHIA

Rua Dr. José Peroba, 325 - 3º Andar  
Sala 306/307 - Ed. Elite Comercial  
Stiep - Salvador/BA - CEP: 41770-235  
Tel.: (71) 3341-3100 / 3141-2040

### SERVDONTO SERGIPE

Rua Cedro, 178 - São José  
Aracaju/SE - CEP: 49020-170  
Tel.: (79) 3205-8700 / Fax: (79) 3205-8705

### SERVDONTO AMAZONAS

Rua Pará, 990 - Sala 03  
Centro Empresarial Remo  
São Geraldo - Conjunto Vieiralves  
Manaus/AM - CEP: 69053-070  
Tel.: (92) 3307-7770 / 3084-5776 / 99285-5124

**SERVDONTO ALAGOAS**

Rua Cincinato Pinto, 377  
Galeria Elizabete Tenório - Sala E  
Centro - Maceió/AL - CEP: 57020-050  
Tel.: (82) 3024-1554

**SERVDONTO BAHIA**

Rua Dr. José Peroba, 325 - 3º Andar  
Sala 306/307 - Ed. Elite Comercial  
Stiep - Salvador/BA - CEP: 41770-235  
Tel.: (71) 3341-3100 / 3141-2040

**SERVDONTO SERGIPE**

Rua Cedro, 178 - São José  
Aracaju/SE - CEP: 49020-170  
Tel.: (79) 3205-8700 / Fax: (79) 3205-8705

**SERVDONTO AMAZONAS**

Rua Pará, 990 - Sala 03  
Centro Empresarial Remo  
São Geraldo - Conjunto Vieiralves  
Manaus/AM - CEP: 69053-070  
Tel.: (92) 3307-7770 / 3084-5776 / 99285-5124