Francisco Henrique Moura George
Digitally signed by Francisco Henrique Moura George
DN: c=PT, o=Ministério da Saúde, ou=Direcção-Geral da Saúde, cn=Francisco Henrique Moura George
Date: 2008.04.15 15:29:13 +01'00'

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde

Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto:	**Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – grávidas e pessoas idosas - Informações Técnicas**	**Nº: 07/DSPPS/DCVAE** **DATA:15/04/08**
Para:	**Divulgação Externa**	
Contacto na DGS:	**Dr. Rui Calado, Dra. Ana Margarida do Céu, Dra. Cristina Cádima, Dra. Margarida Jordão**	

Por Despacho Ministerial[1], foi aprovado o alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral a mulheres grávidas utentes do Serviço Nacional de Saúde (Projecto Saúde Oral na Gravidez – SOG) e pessoas idosas beneficiárias do complemento solidário (Projecto de Saúde Oral nas Pessoas Idosas – SOPI), cujos conteúdos foram abordados na Circular Informativa 4/DSPPS/DCVAE, de 27/2/2008.

Neste contexto, e após audição prévia das Administrações Regionais de Saúde (ARS), vem a Direcção-Geral da Saúde (DGS) emitir orientações técnicas que permitem esclarecer e desenvolver os projectos em causa, dirigidos aos profissionais de saúde, em especial aos médicos estomatologistas e aos médicos dentistas, aos médicos de medicina geral e familiar e aos administrativos.

1. ADESÃO AO PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

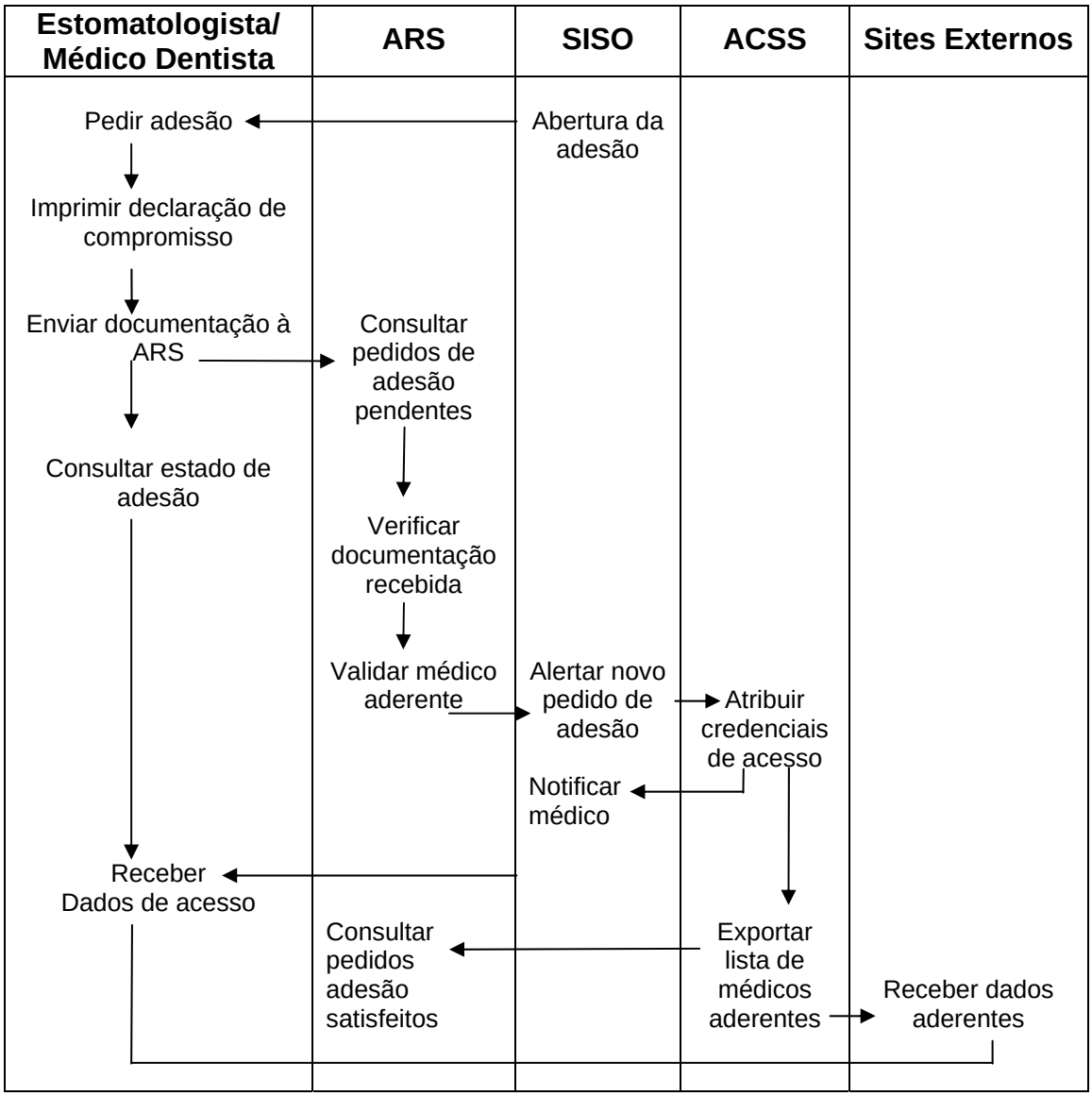
1.1. Pedido de adesão

- Toda a informação referente aos projectos encontra-se disponível no site da DGS, www.dgs.pt .
- Os médicos estomatologistas/médicos dentistas formalizam o processo de adesão aos Projectos SOG e SOPI, preenchendo um formulário electrónico disponibilizado no *website* de adesão associado ao Sistema de Informação de Saúde Oral - SISO (Anexo I).
- O pedido de adesão engloba, obrigatoriamente, a aceitação das condições estabelecidas para ambos os projectos (SOG e SOPI).
- Após o preenchimento completo do formulário de adesão, o candidato a aderente confirma no SISO a aceitação das condições de adesão aos Projectos e imprime a declaração de compromisso respectiva (Anexo II).
- O médico candidato a aderente remete ao Presidente do Conselho Directivo da ARS respectiva uma declaração de compromisso de aceitação, por cada clínica em que vai exercer a sua actividade inerente a estes projectos e o comprovativo da autorização para exercício da profissão (fotocópia da cédula profissional).

[1] Despacho nº 4324, de 22 de Janeiro de 2008

- Cada Declaração de Compromisso deve ser assinada pelo médico aderente e pelo Director Clínico, caso se justifique.
- A ARS, face à documentação recebida, confere os dados caso a caso e valida os processos bem instruídos.
- A Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) procede à exportação da lista de médicos para o *microsite* da Saúde Oral.
- O SISO notifica o médico aderente, enviando dados de acesso para o *email* referido no formulário de adesão, indicando que o médico deve modificar a sua *password* no seu primeiro acesso ao SISO.

Pedido de Adesão



1.2. Cancelamento do pedido de adesão

Após 6 meses da efectivação do pedido de adesão, sem terem sido recepcionados os documentos previstos para a validação, a ARS dará ordem, no SISO, para se proceder ao seu cancelamento, deixando de constar nos pedidos de adesão pendentes.

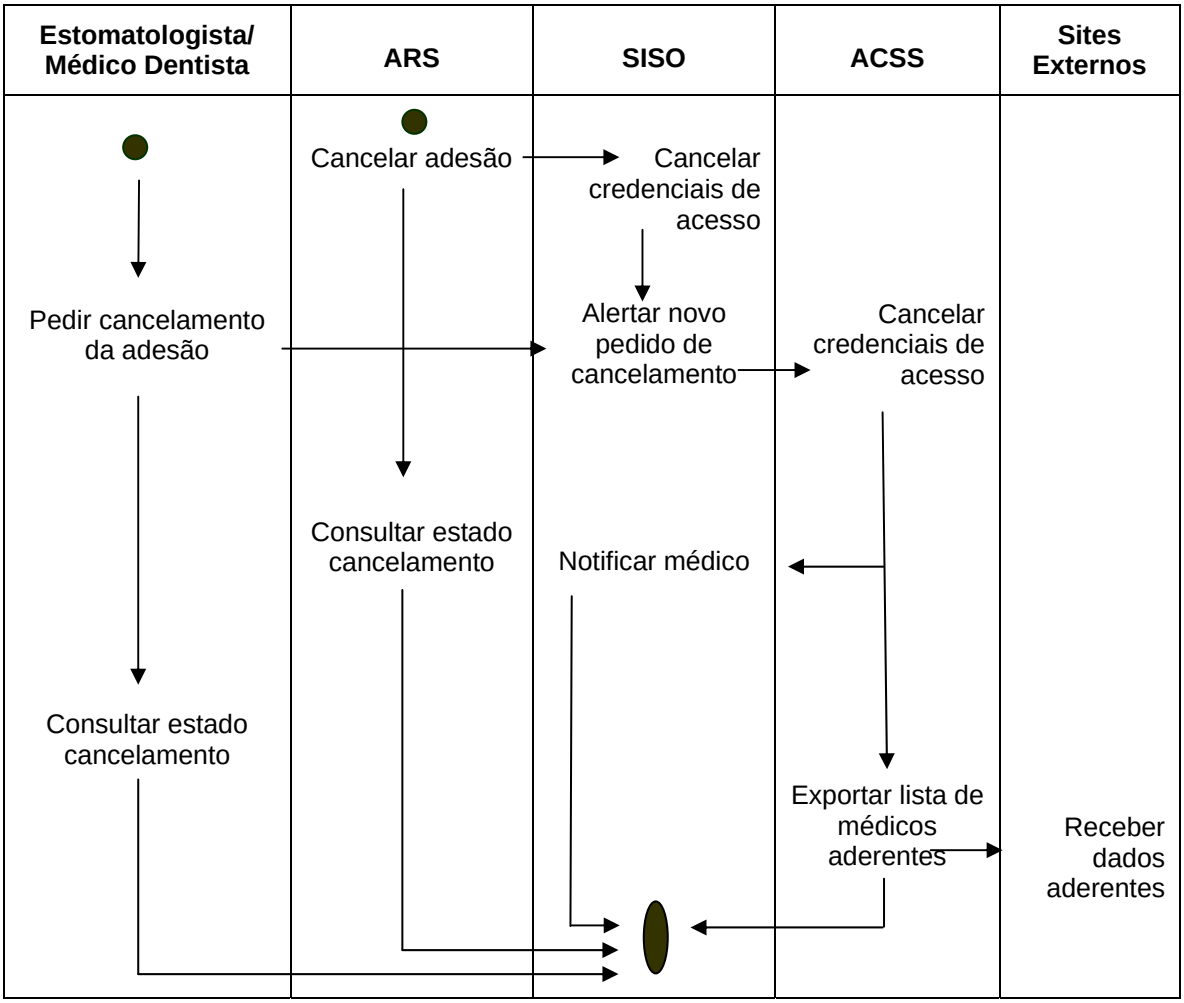
1.3. Cancelamento da adesão

O cancelamento da adesão aos Projectos é efectuado no SISO e poderá ser motivado por:

- vontade do aderente (pedido de cancelamento);
- incumprimento das condições de adesão inicialmente aceites (exclusão da adesão)
- condicionantes de ordem disciplinar impostas legalmente ou pela Ordem Profissional respectiva (exclusão da adesão)

O SISO notifica o médico aderente do cancelamento da adesão, através de *email*.

Cancelamento da adesão



2 – EMISSÃO DE CHEQUES – DENTISTA

2.1- Emissão do 1.º Cheque - Dentista (ANEXO IV)

Nas Unidades Funcionais dos Centros de Saúde informatizadas:

- O médico de família acede ao Sistema de Informação em utilização nos Centros de Saúde e referencia-o para consulta SOG ou SOPI.
- O médico de família preenche os campos abertos no Sistema de Informação do Centro de Saúde onde regista os antecedentes clínicos relevantes que pretende disponibilizar ao estomatologista/médico dentista e insere a data prevista para o parto. Estes dados serão exportados para o SISO, permitindo a sua consulta por parte do médico aderente.
- O primeiro cheque – dentista é impresso e entregue ao utente pelo seu médico de família.

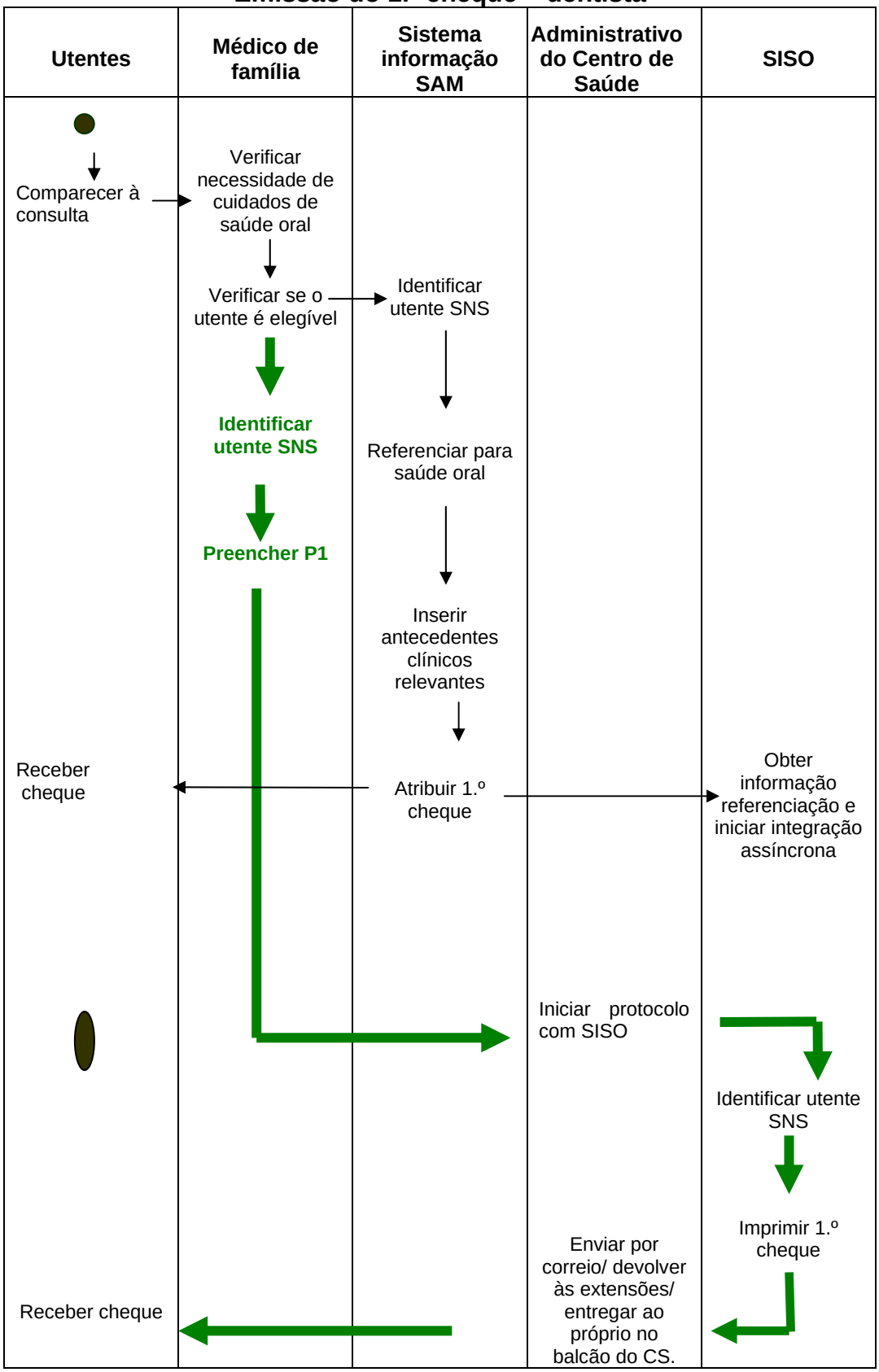
Durante o período de transição, entre os meses de Maio a Outubro de 2008, correspondente à integração do sistema SISO com o sistema de informação em utilização nos Centros de Saúde (Sistema de Apoio ao Médico ou outros), a emissão do 1º cheque-dentista far-se-á através do balcão administrativo, mediante recepção prévia de uma credencial electrónica emitida pelo médico de família.

Nas Unidades Funcionais dos Centros de Saúde não informatizadas:

- O médico preenche uma credencial de referenciação em papel (modelo 330.10 - P1) (AnexoIII), validada pelos meios actualmente em uso com identificação do utente e informação clínica prévia, contemplando, no caso das grávidas, a informação relativa à data prevista para o parto.
- A Unidade Funcional envia a credencial ao Centro de Saúde respectivo, onde o administrativo emite o 1º cheque, anexa-lhe a credencial e de acordo com a opção do utente:
  - Devolve ambos documentos à extensão emissora, ou
  - Remete-os, por correio, para a morada do utente ou
  - Entrega em mão ao próprio.

A utilização do modelo 330.10 constituirá o procedimento alternativo sempre que ocorrer, por motivos técnicos, alguma falha no sistema informático.

Emissão do 1.º cheque – dentista



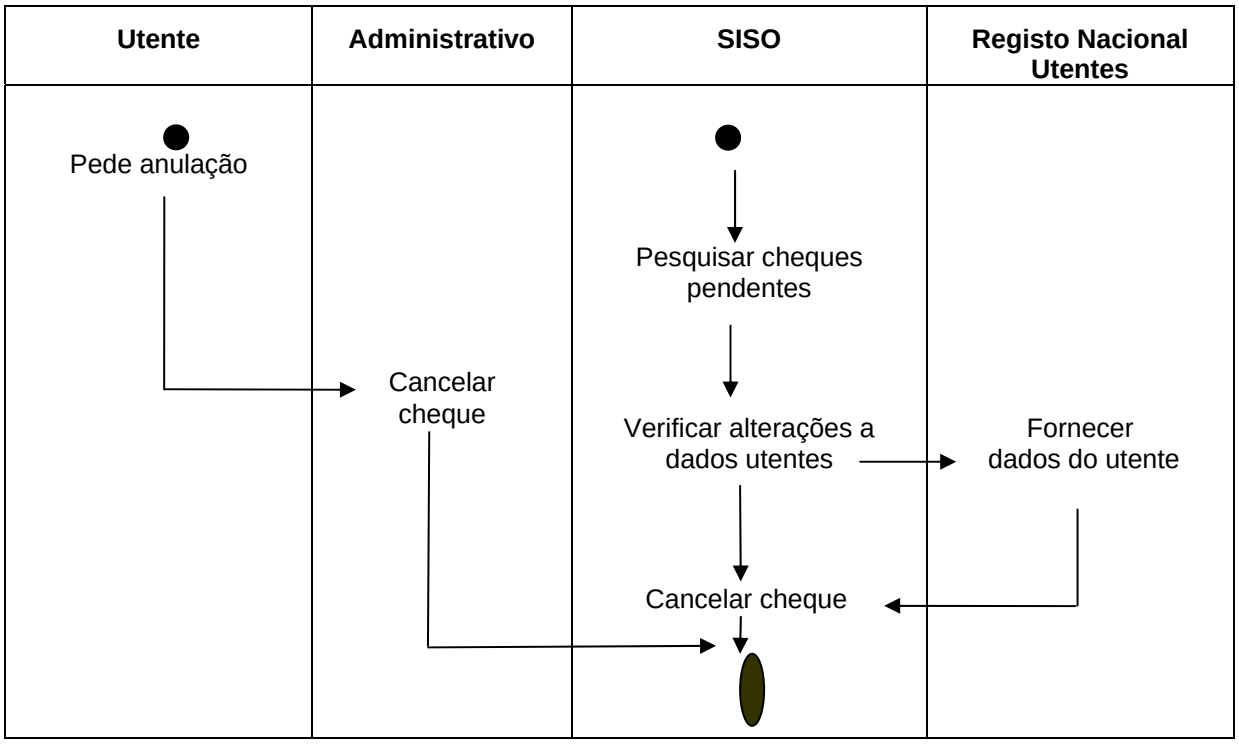
Legenda: o **circuito verde** corresponde ao percurso processual de emissão nos locais não informatizados e no período de Maio a Outubro de 2008.

2.2. Cancelamento do 1.ºCheque-Dentista

O cancelamento do 1º cheque - dentista pode ser motivado por:

- desistência do utente;
- ter atingido o termo de validade, ou seja, os 12 meses após data de emissão no SOPI e os 60 dias após a data provável do parto no SOG.

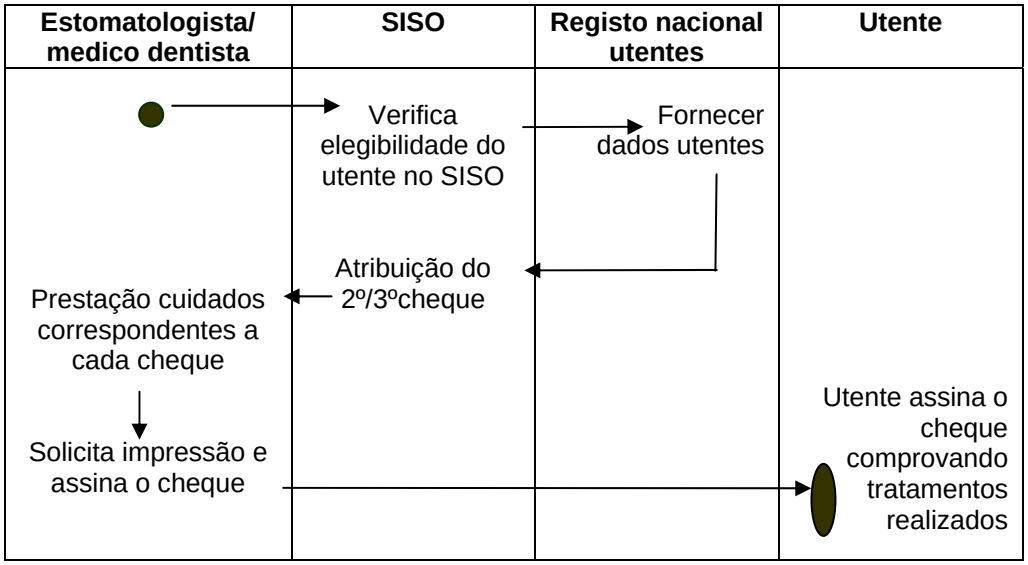
Cancelar 1º cheque - dentista



2.3 - Emissão do segundo e terceiro Cheques - dentista (ANEXO V)

- O médico aderente, no início de cada consulta, deve verificar no SISO a elegibilidade do utente no respectivo projecto.
- As grávidas podem utilizar estes cheques até 60 dias após a data prevista para o parto.
- Os idosos podem utilizar o segundo cheque num período de 12 meses, contado a partir da data de emissão do primeiro.
- É o médico aderente que avalia a necessidade da continuação dos tratamentos e procede à marcação da consulta seguinte.
- Após conclusão dos tratamentos correspondentes a cada cheque, este é impresso e autenticado pelo médico aderente e pelo utente. Em cada cheque deverá constar o nº do dente intervencionado e os respectivos códigos de tratamento realizados.

Emissão 2º/ 3º cheques - dentista

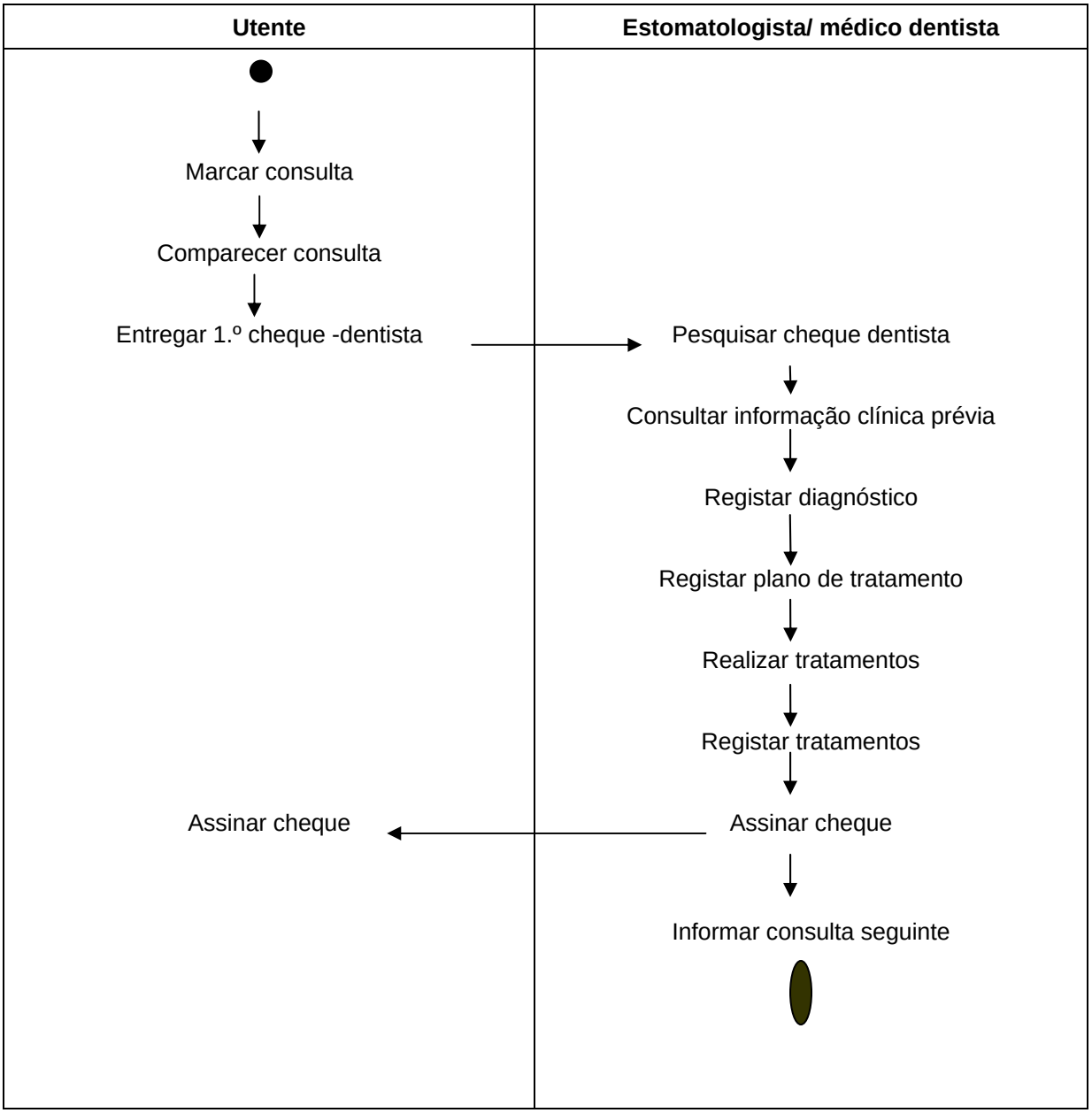


3. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE ORAL

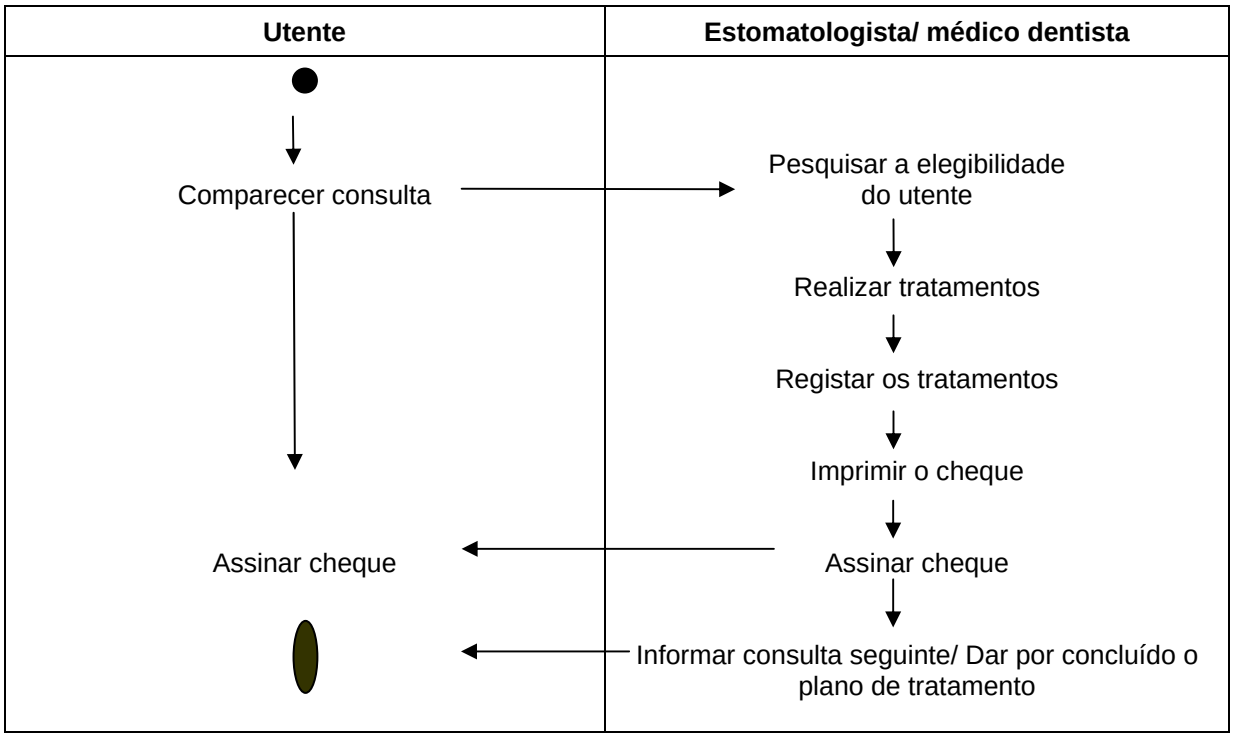
- O/a utente marca a consulta no médico aderente por ele escolhido na lista de médicos afixada na Unidade Funcional do Centro de Saúde, a nível regional nos sites das ARS's e no *site* DGS (www.dgs.pt).
- Em cada gravidez, no SOG e por período de 12 meses, no SOPI, não poderá haver alteração do médico aderente escolhido, salvo situações excepcionais devidamente analisadas pelo Coordenador da Unidade Funcional (problemas de saúde, cancelamento da adesão, ausência prolongada e queixa devidamente fundamentada, por parte do médico e/ou do utente).
- No início da 1ª consulta o utente entrega ao médico aderente o cheque–dentista (no caso de se tratar de um utente proveniente de uma unidade funcional não informatizada, entrega a credencial de referenciação (P1), modelo 330.10 juntamente com o cheque).
- O médico aderente:
  - Verifica a validade do cheque e a informação clínica disponibilizada pelo médico de família do Centro de Saúde.
  - Elabora o diagnóstico de saúde oral e preenche o odontograma, no SISO, segundo os códigos constantes no Anexo VI e Anexo IX.
  - Elabora o plano de tratamento e preenche os dados no SISO (Anexo VII).
  - Realiza os tratamentos necessários e contemplados no SOG e SOPI e regista-os no SISO. (Anexo VII).
- No início das consultas correspondentes ao 2º e 3º cheques o médico aderente deverá verificar a elegibilidade do utente nos projectos através do SISO. Após a realização dos tratamentos emite o cheque correspondente.
- O médico aderente para além dos tratamentos curativos deverá realizar os tratamentos preventivos necessários.
- Apenas os tratamentos curativos servem de requisito para emissão do cheque seguinte.
- A emissão dos cheques depende de um número mínimo de actos clínicos a realizar (Anexo VIII).
- Cada cheque-dentista corresponde, no mínimo a uma consulta, onde tenham sido realizados os tratamentos curativos de acordo com o previsto.
- Após conclusão dos actos clínicos, o médico regista no 1º cheque e no SISO os respectivos tratamentos e códigos. No 2º e 3º cheque o preenchimento é automático, a partir da informação registada no SISO no âmbito da consulta. O cheque-dentista é assinado pelo médico e pelo utente.
- Caso o utente não saiba assinar deve ser colocada impressão digital.

Prestação de cuidados de Saúde Oral

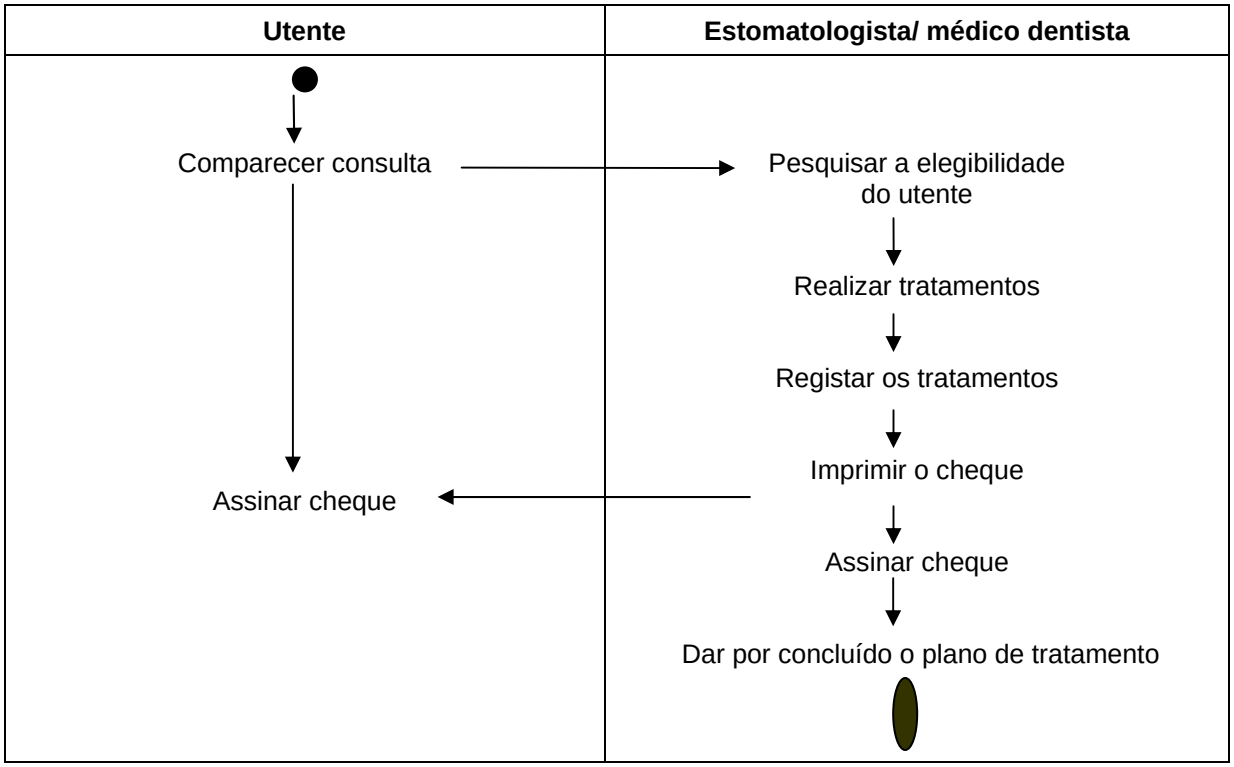
1º Cheque – dentista



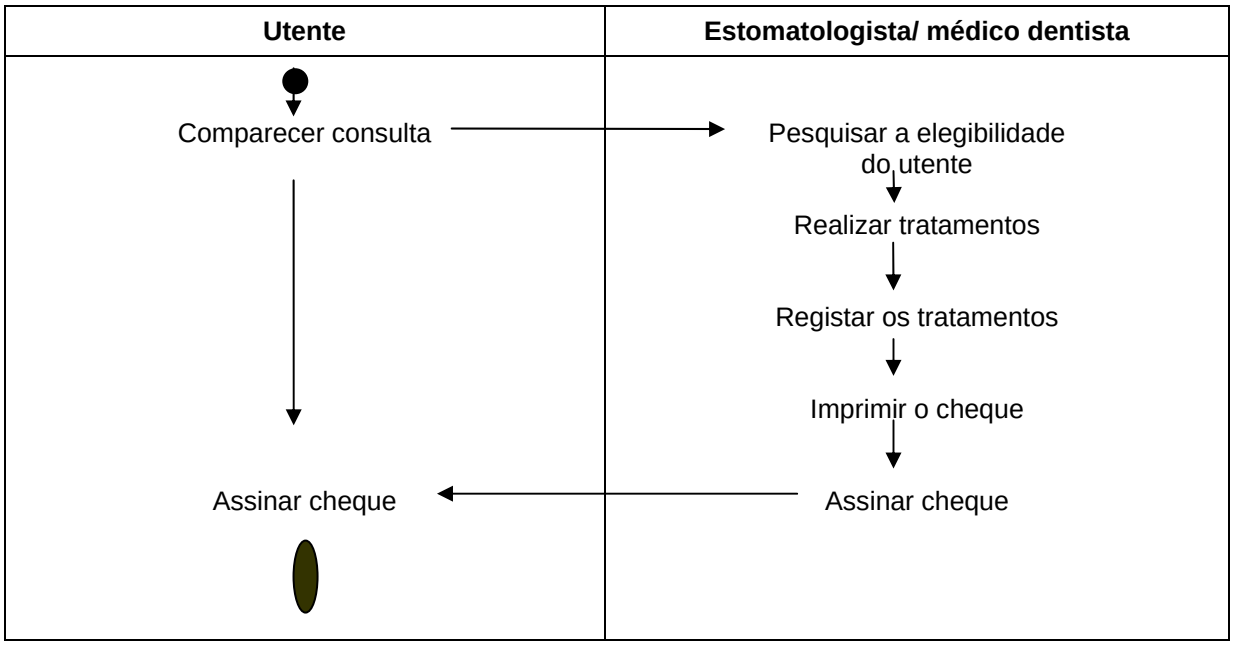
2º Cheque - dentista SOG



2º Cheque – dentista SOPI



3º Cheque-dentista SOG



4. PAGAMENTO DOS CHEQUES

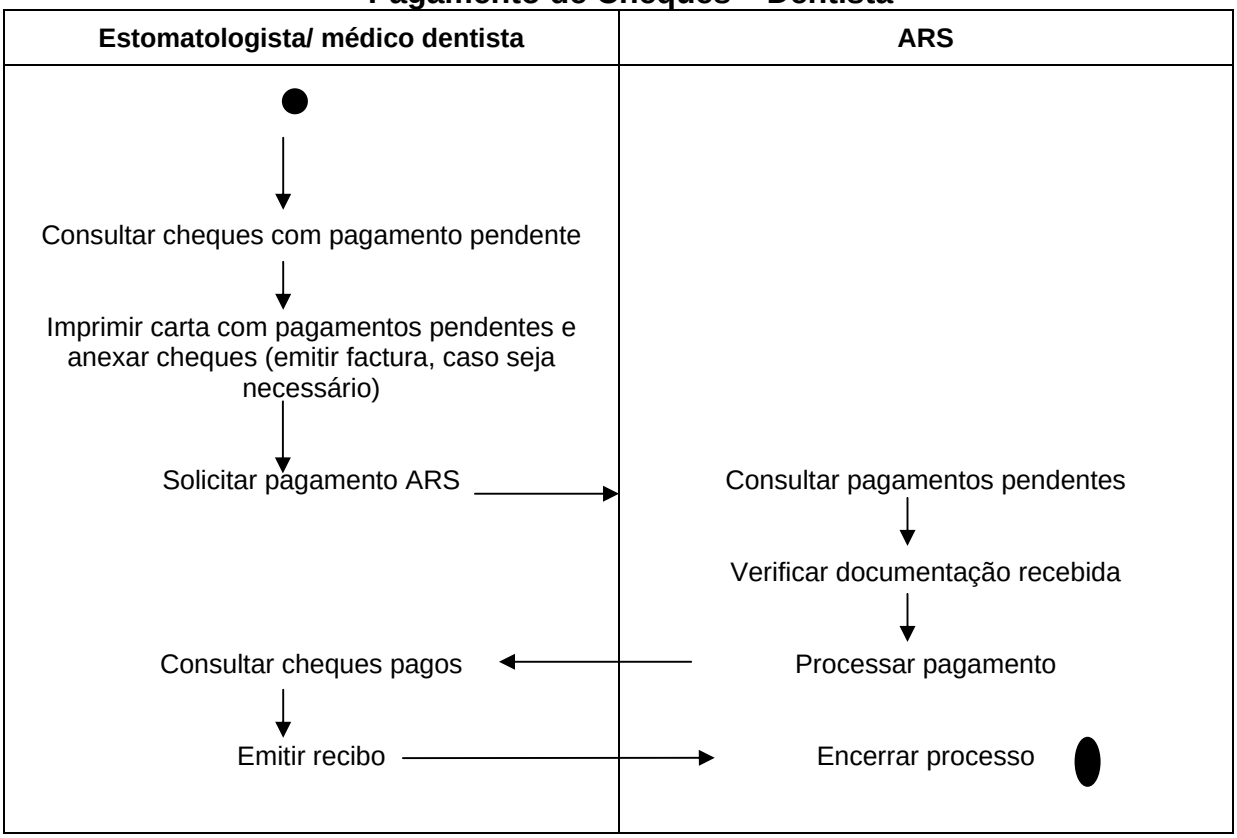
4.1. Da Responsabilidade do Médico Aderente

- No final de cada mês, o médico aderente consulta no SISO os cheques dentista recebidos dos utentes que tratou e cujo pagamento ainda não foi solicitado.
- O médico aderente solicita mensalmente o pagamento dos cheques-dentista.
- O SISO gera uma carta a enviar pelo médico à ARS associada ao local de prestação do serviço, com informação de suporte necessária para comprovar pedido de pagamento.
- O médico reúne os cheques que tem na sua posse que deverão estar devidamente assinados pelos utentes e solicita o seu pagamento à ARS.
- Se possuir contabilidade organizada deve emitir uma factura à ARS pelo valor global dos cheques solicitados, a enviar conjuntamente com a restante documentação.
- Deve enviar até ao 8º dia do mês seguinte carta correspondente ao pedido de pagamento disponibilizada pelo SISO e os correspondentes cheques-dentista, devidamente assinados pelo utente e pelo médico.

4.2- Da responsabilidade da ARS

- Recepcionar a documentação e proceder à liquidação dos cheques-dentista validados, nos 30 dias subsequentes.

Pagamento de Cheques – Dentista



O Director-Geral da Saúde

Francisco George

GLOSSÁRIO

Médico de família	Médico de família do centro de saúde ou da unidade funcional do centro de saúde de referência do utente.
Médico aderente	Estomatologista ou médico dentista, prestador de cuidados de saúde oral no âmbito do PNPSO.
Beneficiário do complemento Solidário para idoso	Idoso com idade igual ou superior a 65 anos, residente no território nacional, titular de pensão de velhice e sobrevivência ou equiparada ou que não reúna as condições de atribuição da pensão social por não preencher a condição de recursos e o titular de subsídio mensal vitalício, que satisfaça as condições de atribuição previstas no Decreto-Lei nº 232/2005, de 29 de Dezembro.
Grávida seguida no SNS	Mulher grávida em vigilância pré-natal no Serviço Nacional de Saúde
Declaração de compromisso	Documento que o estomatologista ou médico-dentista, ao solicitar a adesão aos Projectos SOG e SOPI, é obrigado a imprimir e enviar à ARS respectiva e onde se compromete, conjuntamente com o Director clínico da Clínica onde decorrerão os actos médico dentários, ao cumprimento das condições previstas na Legislação aplicável ao sector, impostas pela ERS e se compromete, ainda, ao cumprimento das regras do PNPSO
1º Cheque-dentista	Cheque que é emitido na Unidade Funcional pelo administrativo ou pelo médico de família. Pode ser entregue em mão ou enviado pelo correio.
2º e 3º cheque-dentista	Cheques impressos após conclusão da prestação de cuidados previstos para cada um.
Unidade Funcional	Os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e os Centros de Saúde, nomeadamente as unidades de saúde familiar, as unidades de cuidados de saúde personalizados, as unidades de cuidados na comunidade, as unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES (Agrupamento dos Centros de Saúde)
Unidade de Saúde Familiar (USF)	Está inserida no Centro de Saúde (CS) como uma unidade com autonomia técnica e funcional, sem personalidade jurídica, para a prestação de cuidados de saúde aos indivíduos, com uma maior proximidade.

Lista de abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
API	*Application Programming Interface*
ARS	Administração Regional de Saúde
CNPD	Comissão Nacional de Protecção de Dados
CS	Centro de Saúde
DGS	Direcção-Geral da Saúde
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MS	Ministério da Saúde
PNPSO	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
RIS	Rede de Informação da Saúde
RNP	Registo Nacional de Profissionais
SI	Sistema de Informação
SISO	Sistema de Informação para a Saúde Oral
SISS	Sistema de Informação da Segurança Social
SO	Saúde Oral
SOG	Projecto Saúde Oral na Grávida
SOPI	Projecto Saúde Oral na Pessoa Idosa
SW	*Software*
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UCMA	Unidade de Coordenação para a Modernização Administrativa

ANEXO I

PORTUGAL

home | contactos | mapa do site

PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

UMA INICIATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS DE SAÚDE

adesão ao sistema > formulário de pedido de adesão > PÁGINA 1

Adesão ao sistema

PÁGINA 1 DE 6

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE ADESÃO

todos os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório

Dados do médico

nome*: Nome do Médico Dentista ou Estomatologis

sexo*: masculino

data de nascimento* (aaaa-mm-dd): 1900-01-01

Dados de contacto

morada*: Morada do médico dentista ou estomatologista

código postal*: 1250 125 Lisboa

distrito*: Lisboa

concelho*: Lisboa

freguesia*: São Mamede

telefone*: 210 000 000

fax:

email*: dentista@omd.pt

confirmar email*: dentista@omd.pt

Dados profissionais

ordem profissional*: Ordem dos Médicos Dentistas

nº da cédula profissional*: 1111

data de validade da cédula profissional* (aaaa-mm-dd): 2010-01-01

Dados de pagamento

NIF individual* 123456789

NIB

seguinte

PORTUGAL

home | contactos | mapa do site

PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

UMA INICIATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS DE SAÚDE

adesão ao sistema > formulário de pedido de adesão > PÁGINA 2

Adesão ao sistema

PÁGINA 2 DE 6

FORMULÁRIO - CLÍNICAS/CONSULTÓRIOS

todos os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório

Dados da clínica/consultório - será possível acrescentar mais do que uma clínica/consultório

nome da clínica/consultório onde presta serviços*:	1.ª clínica de prestação de cuidad
NIF da clínica/consultório*:	123456789
área regional de saúde*:	Lisboa

Dados de contacto

morada da clínica/consultório*:	Morada da clínica n.º 1
código postal da clínica/consultório*:	1250 125 Lisboa
distrito da clínica/consultório*:	Lisboa
concelho da clínica/consultório*:	Lisboa
freguesia da clínica/consultório*:	São Mamede
telefone da clínica/consultório*:	210000000
fax da clínica/consultório:	

Dados de pagamento

A quem será feito o pagamento?	à clínica/consultório
NIB da clínica/consultório*:	111111111111111111111

adicionar outra clínica | apagar esta clínica | anterior | seguinte

PORTUGAL

home | contactos | mapa do site

PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

UMA INICIATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS DE SAÚDE

adesão ao sistema > formulário de pedido de adesão > PÁGINA 2

Adesão ao sistema

PÁGINA 2 DE 6

FORMULÁRIO - CLÍNICAS/CONSULTÓRIOS

todos os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório

Clínicas/consultórios já inseridos

1. ª clinica de prestação de cuidados | editar | remover

Dados da clínica/consultório - será possível acrescentar mais do que uma clínica/consultório

nome da clínica/consultório onde presta serviços*: 2.ªclínica de prestação de cuidad

NIF da clínica/consultório*: 987654321

área regional de saúde*: Centro

Dados de contacto

morada da clínica/consultório*: Morada da clínica n.º 2

código postal da clínica/consultório*: 3810 193 Aveiro

distrito da clínica/consultório*: Aveiro

concelho da clínica/consultório*: Aveiro

freguesia da clínica/consultório*: Glória

telefone da clínica/consultório*: 234000000

fax da clínica/consultório:

Dados de pagamento

A quem será feito o pagamento? à clínica/consultório

NIB da clínica/consultório*: 22222222222222222222

adicionar outra clínica | apagar esta clínica | anterior | seguinte

PORTUGAL

home | contactos | mapa do site

PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

UMA INICIATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS DE SAÚDE

adesão ao sistema > formulário de pedido de adesão > PÁGINA 3

Adesão ao sistema

PÁGINA 3 DE 6

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE ADESÃO

todos os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório

☑ Declaro, por minha honra, que aceito as condições de adesão ao Projecto de Saúde Oral na Gravidez e Projecto de Saúde Oral na Pessoa Idosa.

Ler as condições de adesão

anterior seguinte

Adesão ao sistema

CONDIÇÕES DE ADESÃO

1.1.Equipamento mínimo obrigatório:

a) Aparelho de RX intra-oral
b) Destartarizador ultra-sónico
c) Autoclave / Quimioclave
d) Compressor
e) Computador e ligação à Internet
f) Cuba de ultra-sons ou máquina de lavar e desinfectar instrumental
g) Equipamento dentário c/ cadeira
h) Fotopolimerizador
i) Seladora

1.2.Na clínica/consultório onde são prestados os actos Médico- Dentários será assegurado o tratamento dos resíduos hospitalares de acordo com a legislação aplicável ao secto

2.1.A prestação dos actos Médico- Dentários pelo signatário do presente compromisso, terá sempre em consideração as regras constantes do Código Deontológico da Ordem dos Médicos ou Ordem dos Médicos Dentistas, e as demais regras reguladoras da Medicina Dentária, às quais estão sujeitos todos os Estomatologistas e Médicos Dentistas que exercem legalmente a profissão.

2.2 No exercício da actividade profissional o prestador assegurará as melhores condições possíveis para a prestação dos seus actos Médico- Dentários agindo sempre de forma independente do ponto de vista técnico e deontológico, sendo, como tal, responsável pelos actos praticados.

2.3 Cumprimento das obrigações impostas pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS)

2.4 Igualdade na marcação e realização de consultas, relativamente aos demais utentes dos consultórios.

Mais declara que são verdadeiras as informações neste termo por mim prestadas comprometendo-me ao cumprimento rigoroso das regras definidas no Acordo Individual do qual sou signatário.

PORTUGAL

home | contactos | mapa do site

PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

UMA INICIATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS DE SAÚDE

adesão ao sistema > formulário de pedido de adesão > PÁGINA4

Adesão ao sistema

PÁGINA 4 DE 6

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE ADESÃO

todos os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório

Dados do médico

nome:	Nome do Médico Dentista ou Estomatologista
sexo:	m
data de nascimento:	1900-01-01

Dados de acesso

morada:	Morada do médico dentista ou estomatologista
código postal:	1250-125 Lisboa
distrito:	Lisboa
concelho:	Lisboa
freguesia:	São Mamede
telefone:	210 000 000
fax:	
email:	dentista@omd.pt

Dados profissionais

ordem profissional:	Ordem dos Médicos Dentistas
nº da cédula profissional:	1111
data de validade da cédula profissional:	2010-01-01
data de emissão da cédula profissional:	

Dados de pagamento

nº de NIF individual	123456789
NIB:	

Dados da clínica/consultório - 1. ª clinica de prestação de cuidados

área regional de saúde:	Lisboa
NIF da clínica/consultório:	123456789

Dados de contacto

morada da clínica/consultório:	Morada da clínica n.º1
código postal da clínica/consultório:	1250-125 Lisboa
distrito:	Lisboa
concelho:	Lisboa
freguesia:	São Mamede
telefone da clínica/consultório:	210000000
fax da clínica/consultório:	

Dados de pagamento

A quem será feito o pagamento?	à clínica/consultório
NIB da clínica/consultório:	111111111111111111111

Dados da clínica/consultório - 2.ªclínica de prestação de cuidados

área regional de saúde:	Centro
NIF da clínica/consultório:	987654321

Dados de contacto

morada da clínica/consultório:	Morada da clínica n.º2
código postal da clínica/consultório:	3810-193 Aveiro
distrito:	Aveiro
concelho:	Aveiro
freguesia:	Glória
telefone da clínica/consultório:	234000000
fax da clínica/consultório:	

Dados de pagamento

A quem será feito o pagamento?	à clínica/consultório
NIB da clínica/consultório:	22222222222222222222

voltar | confirmar e submeter

PORTUGAL

home | contactos

PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

UMA INICIATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS DE SAÚDE

adesão ao sistema > formulário de pedido de adesão > PASSO 5

Adesão ao sistema

PASSO 5 DE 6

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE ADESÃO

Para finalizar o processo de adesão ao Programa Nacional de Saúde Oral deverá **imprimir** e **enviar por correio** os documentos seguintes às respectivas moradas :

Para a ARS:

1) comprovativo da autorização para exercício da profissão;

2) As seguintes declarações:

- declaração referente (gerar declaração)

Se não for possível imprimir as Declarações de Compromisso neste momento, deverá copiá-las para o seu computador e gravá-las para impressão posterior. Para o efeito, na janela de cada Declaração de Compromisso deverá seleccionar a opção "Guardar"/"Save".

seguinte

PORTUGAL

home | contactos | mapa do site

PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

UMA INICIATIVA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS DE SAÚDE

adesão ao sistema > formulário de pedido de adesão > PÁGINA 5

Adesão ao sistema

PÁGINA 6 DE 6

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE ADESÃO

O seu pedido de adesão on-line está terminado.

Não deixe de enviar a documentação que imprimiu na página anterior para as respectivas ARS, para que o processo de adesão seja concluído com sucesso.

Depois de avaliada a adesão poderá aceder ao Sistema de Informação de Saúde Oral (S.I.S.O.) com o nome de utilizador gerado.

Nome de utilizador: ODMD1111

Obrigada por aderir ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

ANEXO II

Declaração de Compromisso

Adesão às Condições de Funcionamento da Actividade Profissional de Medicina Dentária

_____(nome do prestador), Estomatologista / Médico Dentista, portador da Cédula Profissional nº ___ , emitida pela Ordem dos Médicos / Ordem dos Médicos Dentistas, sendo signatário do acordo celebrado com a Administração Regional de Saúde, quanto aos actos a prestar em _____ (nome da Clínica/Consultório), sita em _____, C.P _____, Localidade _____ ;

Declara, para efeitos da adesão ao acordo individual celebrado com a ARS, que a prestação dos actos médico dentários previstos nos Anexos VI e VII da Circular Normativa decorrerá nas seguintes condições:

Primeira (1)

1.1. - Equipamento mínimo obrigatório:

a) Aparelho de RX intra-oral
b) Destartarizador ultra-sónico
c) Autoclave / Quimioclave
d) Compressor
e) Computador,impressora e ligação à internet
f) Cuba de ultra-sons ou máquina de lavar e desinfectar instrumental
g) Equipamento dentário c/ cadeira
h) Fotopolimerizador
i) Seladora
j) Equipamento de protecção radiológica

1.2. - Na clínica/consultório onde são prestados os actos Médico-Dentários será assegurado o tratamento dos resíduos hospitalares de acordo com a legislação aplicável ao sector.

Segunda (2)

2.1. - A prestação dos actos Médico-Dentários pelo médico aderente do presente compromisso, terá sempre em consideração as regras constantes do Código Deontológico da Ordem dos Médicos ou Ordem dos Médicos Dentistas, e as demais regras reguladoras da Medicina Dentária, às quais estão sujeitos todos os Estomatologistas e Médicos Dentistas que exercem legalmente a profissão.

2.2 - No exercício da actividade profissional o prestador assegurará as melhores condições possíveis para a prestação dos seus actos Médico-Dentários garantindo a execução completa do plano de tratamento e agindo sempre de forma independente

do ponto de vista técnico e deontológico, sendo, como tal, responsável pelos actos praticados.

2.3 Cumprimento das obrigações impostas pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS)

2.4 Igualdade na marcação e realização de consultas, relativamente aos demais utentes dos consultórios.

Terceira (3)

3.1 – Nos termos do despacho em vigor, o pagamento da prestação de cuidados será efectuado pela Administração Regional de Saúde (ARS) competente, creditado na conta a indicar pelo médico aderente com o NIB

_____

3.2 – Para efeitos de pagamento, o médico aderente envia à ARS competente, até ao 8.º dia do mês seguinte, à realização dos tratamentos, o pedido de pagamento com os cheques devidamente preenchidos e autenticados.

Mais declara que são verdadeiras as informações neste termo por mim prestadas comprometendo-me ao cumprimento rigoroso das regras definidas no Acordo Individual do qual sou signatário.

_____, _/_/2008

O Médico aderente

_____
(Assinatura conforme BI)

Preenchimento obrigatório em caso de ser médico aderente, sob direcção clínica de outrem

Na qualidade de Prestador de serviços sob a direcção clínica de Médico Dentista declaro ter dado conhecimento do presente compromisso ao Director Clínico da Unidade de Saúde supra indicada, na qual decorrerá a prestação dos cuidados médicos, que conjuntamente declara e atesta o seu acordo para efeitos de cumprimento das Condições 1.1,1.2,3.1 e 3.2.

_____, _/_/2008

O Director Clínico

_____
(Assinatura conforme BI)

O Médico aderente

_____
(Assinatura conforme BI)

ANEXO III (P1)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE
SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGA

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
ACTOS TERAPÊUTICOS E CONSULTAS

REQUISIÇÃO N.º 327451 X/03

Nome
Sexo M F
Idade Profissão Com baixa
N.º Utente N.º da Credencial
MIGRANTES
Entidade emissora do Livrete
Nome do Segurado
N.º

NATUREZA DAS PRESTAÇÕES
Assinale só uma quadrícula X
A ANÁLISES CLÍNICAS
B ANATOMIA PATOLÓGICA
C CARDIOLOGIA
D MEDICINA NUCLEAR
E ELECTROENCEFALOGRAFIA
F ENDOSCOPIA GASTROENT.
G MEDICINA FÍSICA E REABILIT.
H OTORRINOLARINGOLOGIA
I PNEUMO E IMUNOALERG.
J UROLOGIA
L NEUROFISIOLOGIA
M RADIOLOGIA
N CONSULTAS
O

ENTIDADE PRESTADORA
CARIMBO
ass.

ETIQUETAS
MÉDICO
UNIDADE DE SAÚDE

I TAXA MODERADORA
1 ISENTO 2 NÃO ISENTO
MOTIVO
O funcionário

FACTURAÇÃO
Ex./Trat. N.º Preço Unitário TOTAL
X€
X€
TOTAL €
TAXA MODERADORA

DOMICÍLIO URGENTE
Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência
O Médico
NOME (BEM LEGÍVEL)

MÉDICO CONTRATADO - OUTRA CONSULTA
em
O Médico

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
DADOS CLÍNICOS EM ANEXO
Terapêutica actual

1ª sessão
Última sessão

NOMENCLATURA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	EX./TRAT. N.º	CUSTO TOTAL C	CUSTO TOTAL K
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				
	1				
	2				
	3				

MÉDICO
assinatura

COLHEITA ESPECIAL
TOTAL
€

DECLARAÇÃO DO UTENTE
Declaro que foram efectuados os Exames / Tratamentos prescritos
Assinatura do Utente

D DOMICÍLIO
1 URBANO – Lisboa e Porto
2 URBANO – Outras Cidades
3 NÃO URBANO – Localidade
Km

VALIDADE APÓS EMISSÃO – 2 DIAS ÚTEIS PARA EXAMES ANATOMO-PATOLÓGICOS E CONSULTAS
– 10 DIAS ÚTEIS PARA OS RESTANTES EXAMES

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE
SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGA

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
ACTOS TERAPÊUTICOS E CONSULTAS

N.º 327451 X/03

Nome
N.º DE EXAMES / TRATAMENTOS X € = €
N.º DE EXAMES / TRATAMENTOS X € = €
VALOR POR EXTENSO
CARIMBO

ANEXO IV

Saúde Oral na Gravidez **1º CHEQUE - DENTISTA: _____**

Nome: _____ Data de Emissão: __/__/__

_____ Entregue por: _____

Nº Utente: _____ (assinatura e carimbo)

ARS: _____

Assinale com uma X

	Diagnóstico oral
	Plano de tratamento
	Instrução e motivação para a higiene oral
	Um (1) tratamento curativo

Os tratamentos curativos de Periodontologia devem ser realizados no âmbito de qualquer dos cheques dentista, não servindo, contudo, de requisito mínimo para emissão do 2º e 3º cheque.

DENTE/s	CÓDIGO	TRATAMENTOS PREVENTIVOS
	1.1	Selamento de fissuras
	1.2	Aplicação tópica de fluoretos
	1.3	Instrução e motivação de higiene oral
DENTE/s	**CÓDIGO**	**TRATAMENTOS CURATIVOS**
	2.1	Restauração directa definitiva
	3.1	Preparação químico-mecânica
	3.2	Obturação canalar
	4.1	Exodontia de dentes decíduos
	4.2	Exodontia de dentes permanentes
	4.3	Drenagem de abcesso
	4.4	Correcção de defeitos ósseos sem biomateriais

	CÓDIGO	TRATAMENTOS
	5.1	Destartarização e polimento dentário
	5.2	Raspagem e alisamento radicular

PLANO DE TRATAMENTO CONCLUÍDO: SIM ☐ NÃO ☐

Estomatologista/Médico Dentista O/A Utente

_____ _____

(Assinatura conforme BI) (Assinatura conforma BI)

Data _____/_____/_____

Saúde Oral nas Pessoas Idosas **1º CHEQUE - DENTISTA: _____**

Nome: _____ Data de Emissão: __/__/__

_____ Entregue por: _____

Nº Utente: _____ (assinatura e carimbo)

ARS: _____

Assinale com uma X

	Diagnóstico oral
	Plano de tratamento
	Instrução e motivação para a higiene oral
	Um (1) tratamento curativo

Os tratamentos curativos de Periodontologia devem ser realizados no âmbito de qualquer dos cheques dentista, não servindo, contudo, de requisito mínimo para emissão do 2º cheque.

DENTE/s	CÓDIGO	TRATAMENTOS PREVENTIVOS
	1.1	Selamento de fissuras
	1.2	Aplicação tópica de fluoretos
	1.3	Instrução e motivação de higiene oral
DENTE/s	**CÓDIGO**	**TRATAMENTOS CURATIVOS**
	2.1	Restauração directa definitiva
	3.1	Preparação químico-mecânica
	3.2	Obturação canalar
	4.1	Exodontia de dentes decíduos
	4.2	Exodontia de dentes permanentes
	4.3	Drenagem de abcesso
	4.4	Correcção de defeitos ósseos sem biomateriais

	CÓDIGO	TRATAMENTOS
	5.1	Destartarização e polimento dentário
	5.2	Raspagem e alisamento radicular

PLANO DE TRATAMENTO CONCLUÍDO: SIM ☐ NÃO ☐

Estomatologista/Médico Dentista O/A Utente

_____ _____

(Assinatura conforme BI) (Assinatura conforma BI)

Data _____/_____/_____

ANEXO V

Saúde Oral na Gravidez **2º CHEQUE - DENTISTA: _____**

Nome: _____ Data de Emissão: __/__/__

_____

Nº Utente: _____

ARS: _____

☐ O segundo e terceiro tratamentos curativos

Os tratamentos curativos de Periodontologia devem ser realizados no âmbito de qualquer dos cheques dentista, não servindo, contudo, de requisito mínimo para emissão do 2º e 3º cheque.

DENTE/s	CÓDIGO	TRATAMENTOS PREVENTIVOS
	1.1	Selamento de fissuras
	1.2	Aplicação tópica de fluoretos
	1.3	Instrução e motivação de higiene oral
DENTE/s	**CÓDIGO**	**TRATAMENTOS CURATIVOS**
	2.1	Restauração directa definitiva
	3.1	Preparação químico-mecânica
	3.2	Obturação canalar
	4.1	Exodontia de dentes decíduos
	4.2	Exodontia de dentes permanentes
	4.3	Drenagem de abcesso
	4.4	Correcção de defeitos ósseos sem biomateriais

	CÓDIGO	TRATAMENTOS
	5.1	Destartarização e polimento dentário
	5.2	Raspagem e alisamento radicular

PLANO DE TRATAMENTO CONCLUÍDO: SIM ☐ NÃO ☐

Estomatologista/Médico Dentista O/A Utente

_____ _____

(Assinatura conforme BI) (Assinatura conforma BI)

Data _____/_____/_____

Saúde Oral nas Pessoas Idosas **2º CHEQUE - DENTISTA: _____**

Nome: _____ Data de Emissão: __/__/__

_____

Nº Utente: _____

ARS: _____

☐ Segundo tratamento curativo e/ou seguintes

Os tratamentos curativos de Periodontologia devem ser realizados no âmbito de qualquer dos cheques dentista.

DENTE/s	CÓDIGO	TRATAMENTOS PREVENTIVOS
	1.1	Selamento de fissuras
	1.2	Aplicação tópica de fluoretos
	1.3	Instrução e motivação de higiene oral
DENTE/s	**CÓDIGO**	**TRATAMENTOS CURATIVOS**
	2.1	Restauração directa definitiva
	3.1	Preparação químico-mecânica
	3.2	Obturação canalar
	4.1	Exodontia de dentes decíduos
	4.2	Exodontia de dentes permanentes
	4.3	Drenagem de abcesso
	4.4	Correcção de defeitos ósseos sem biomateriais

	CÓDIGO	TRATAMENTOS
	5.1	Destartarização e polimento dentário
	5.2	Raspagem e alisamento radicular

PLANO DE TRATAMENTO CONCLUÍDO: SIM ☐

Estomatologista/Médico Dentista O/A Utente

_____ _____

(Assinatura conforme BI) (Assinatura conforma BI)

Data _____/_____/_____

Saúde Oral na Gravidez **3º CHEQUE - DENTISTA: _____**

Nome: _____ Data de Emissão: __/__/__

_____

Nº Utente: _____

ARS: _____

☐ Quarto tratamento curativo e/ou seguintes

Os tratamentos curativos de Periodontologia devem ser realizados no âmbito de qualquer dos cheques dentista.

DENTE/s	CÓDIGO	TRATAMENTOS PREVENTIVOS
	1.1	Selamento de fissuras
	1.2	Aplicação tópica de fluoretos
	1.3	Instrução e motivação de higiene oral
DENTE/s	**CÓDIGO**	**TRATAMENTOS CURATIVOS**
	2.1	Restauração directa definitiva
	3.1	Preparação químico-mecânica
	3.2	Obturação canalar
	4.1	Exodontia de dentes decíduos
	4.2	Exodontia de dentes permanentes
	4.3	Drenagem de abcesso
	4.4	Correcção de defeitos ósseos sem biomateriais

	CÓDIGO	TRATAMENTOS
	5.1	Destartarização e polimento dentário
	5.2	Raspagem e alisamento radicular

PLANO DE TRATAMENTO CONCLUÍDO: SIM ☐

Estomatologista/Médico Dentista O/A Utente

_____ _____

(Assinatura conforme BI) (Assinatura conforma BI)

Data _____/_____/_____

ANEXO VI

Códigos de diagnóstico

PARA UTILIZAR NO ODONTOGRAMA

DIAGNÓSTICO DENTÁRIO	CÓDIGO *
DENTE SÃO	0
DENTE COM CÁRIE	1
DENTE OBTURADO COM CÁRIE	2
DENTE OBTURADO SEM CÁRIE	3
DENTE PERDIDO DEVIDO A CÁRIE	4
DENTE PERDIDO POR OUTROS MOTIVOS	5
DENTE SELADO	6
DENTE COM IMPLANTE OU PROTESE	7
DENTE COM TRAUMATISMO	T
DENTE COM MOBILIDADE	10
DENTE COM RECESSÃO GENGIVAL	11
DENTE AUSENTE	12

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO
GENGIVITE	13
DOENÇA PERIODONTAL	14
TRANSTORNOS DA GENGIVA E DO REBORDO ALVEOLAR	15
OUTRAS PATOLOGIAS	16

ODONTOGRAMA

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

Legenda:

- Dente da dentição permanente
- Dente da dentição temporária
- Espaço para preenchimento pelo médico dentista ou estomatologista do código relativo à classe de informação em causa (diagnóstico, plano de tratamento e registo de tratamento)

Assinale com uma cruz (X) caso se verifique alguma destas situações

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	
GENGIVITE	**13**	
DOENÇA PERIODONTAL	**14**	
TRANSTORNOS DA GENGIVA E DO REBORDO ALVEOLAR	**15**	
OUTRAS PATOLOGIAS	**16**	

ANEXO VII

Tratamentos preventivos no âmbito do SOG e SOPI

Código	1- MEDICINA DENTÁRIA PREVENTIVA
1.1	Selamento de fissuras
1.2	Aplicação tópica de fluoretos
1.3	Instrução e motivação de higiene oral

Tratamentos curativos no âmbito do SOG e SOPI

Código	2- DENTISTERIA OPERATÓRIA
2.1	Restauração directa definitiva

Código	3- ENDODONTIA
3.1	Preparação químico-mecânica
3.2	Obturação canalar

Código	4- CIRURGIA ORAL
4.1	Exodontia de dentes decíduos
4.2	Exodontia de dentes permanentes
4.3	Drenagem de abcesso
4.4	Correcção de defeitos ósseos sem biomateriais

Código	5- PERIODONTOLOGIA
5.1	Destartarização e polimento dentário
5.2	Raspagem e alisamento radicular

ANEXO VIII

DISTRIBUIÇÃO DE ACTOS CLÍNICOS POR CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA

1º CHEQUE

No âmbito do SOG e do SOPI, a utilização do 1º cheque engloba a realização de:

- Consulta da informação clínica facultada pelo médico do Centro de Saúde
- Avaliação dos antecedentes clínicos
- Diagnóstico oral
- Plano de tratamento
- Instrução e motivação para a higiene oral
- Um (1) tratamento curativo

2º CHEQUE *

A emissão do 2º cheque será efectuada se no total do Plano de Tratamento o utente precisar de:

- Dois (2) ou três (3) tratamentos curativos, no âmbito do SOG
- Dois (2) ou mais tratamentos curativos, no âmbito do SOPI

3º CHEQUE *

A emissão do 3º cheque será efectuada se no total do Plano de Tratamento o utente precisar de:

- 4 ou mais tratamentos curativos no âmbito do SOG

* Os tratamentos curativos no âmbito da Periodontologia devem ser realizados no âmbito de qualquer dos cheques dentista, não servindo, contudo, de requisito mínimo para emissão do 2º e 3º cheque

ANEXO IX
Descrição códigos diagnóstico

Dente são (0): dente que não apresenta evidência clínica de cárie dentária, tratada ou não. São consideradas sãs as manchas brancas, manchas pigmentadas ou rugosas que não estão amolecidas no toque com a sonda, fissuras ou fossetas pigmentadas que não têm sinais visuais de esmalte não suportado ou amolecimento das paredes ou do fundo detectáveis com a sonda., lesões que com base na sua localização e na história ou na sua observação aparentam ter sido provocadas por atrição oclusal ou abrasão cervical e zonas escurecidas, duras, com depressões do esmalte em dentes mostrando sinais de fluorose moderada ou intensa. As formas não cavitadas de cárie estão excluídas. Sempre que há dúvida quanto à existência de cárie regista-se dente são.

Dente cariado (1): dente, que à observação, apresenta indubitavelmente uma cavidade, com esmalte não suportado ou fundo amolecido. Consideram-se igualmente cariados os dentes que apresentam uma obturação provisória e os que, apesar de restaurados ou selados, têm uma superfície cariada ou com recidiva de cárie. Se necessário confirmar o diagnóstico com sonda periodontal. Quando há dúvida sobre se o dente está cariado ou não, o dente é considerado são.

Dente obturado com cárie (2): dente em que se verifica a existência de uma ou mais obturações e uma ou mais cáries, sendo estas recidivas ou não, isto é, sem distinção entre cáries primárias e secundárias.

Dente obturado sem cárie (3): dente em que se verifica a existência de uma ou mais obturações permanentes, sem recidivas de cárie dentária nem outras cáries noutras faces. Excluem-se as obturações por razões traumáticas ou estéticas.

Dente perdido devido a cárie (4): dente que foi extraído devido a cárie. Estão excluídas extracções por ortodontia, ausências congénitas, trauma e doença periodontal. Na dentição decídua tem que se avaliar se a extracção foi por cárie ou se se trata de esfoliação natural. Na dentição permanente, dos 6 aos 10-11 anos surgem dúvidas semelhantes.

Dente perdido por outros motivos (5): caso aplicado apenas a dente permanente extraído por ortodontia, devido a doença periodontal, trauma, ou que está ausente por razões congénitas.

Dente selado (6): dente que apresenta um selante na sua superfície oclusal. Independentemente de estar integro ou não. Se tem selante e está cariado registar 1 - 6. Se o selante foi colocado juntamente com uma obturação preventiva, registar 3 - 6 – situação muito difícil de diagnosticar.

Dente com implante ou prótese fixa (7): dente suporte de prótese, implante, ponte, coroa ou faceta. Se tivermos informação que a coroa ou faceta foi colocada devido a cárie, registar como obturado (3). Se tivermos informação que o implante ou o elemento da ponte foi colocado devido a dente perdido por cárie, registar 4. Se o

implante ou o elemento da ponte foi colocado por outros motivos que não a cárie, registar 5.

Dente com traumatismo (T): quando parte da sua superfície está ausente devido a traumatismo e não há evidência de cárie mesmo que reconstruído (diagnóstico difícil).

Dente ausente (12): dente que não se encontra presente na cavidade oral (retido, incluso…).

Dente com mobilidade (10): dente que apresenta mobilidade horizontal e/ou vertical. Se tem cárie e tem mobilidade registar 1 -10 e assim consecutivamente.

Dente com recessão gengival (11): deslocamento da margem gengival em direcção à raiz, expondo a raiz do dente.

Todos os dentes podem apresentar mais do que um código de diagnóstico, sendo obrigatório registar um dos códigos de 0-5 ou 12. Registar por ex.: 1, 10, 11.

Dente 11

1	**6**	**10**
11	_ _	_ _