

ANEXO V DA NORMA COMPLEMENTAR Nº 41/2025
TABELA DE VALORES DE REFERÊNCIA PARA REEMBOLSO
COBERTURA ODONTOLÓGICA

DIAGNOSE e VISTORIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
81000065	Consulta odontológica inicial (NORMAS: 1)	72,00
81000049	Consulta odontológica de Urgência (NORMAS: 2, 3, 4)	76,05
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs (NORMAS: 2, 3, 4)	136,35

NORMAS:

- 1) Considera-se consulta inicial (cod. 81000065) o primeiro atendimento para exame diagnóstico, anamnese e plano de tratamento. O tratamento deverá ser, em regra, planejado em etapa única, podendo ser dividido por especialidade.
- 2) Considera-se urgência todo atendimento que não constitua passo intermediário e/ou final de tratamento iniciado pelo próprio dentista, como, por exemplo, odontalgia, hemorragia, alveolite, drenagem de abscessos e cimentação de prótese. Nos atendimentos de urgência, a Perícia Inicial está dispensada e Perícia Final é obrigatória nos casos especificados na tabela de "URGÊNCIAS" desta Lista. A urgência não dispensa o profissional do preenchimento adequado da "Guia Odontológica" ou "Orçamento Odontológico".
- 3) Considera-se horário comercial, aquele compreendido entre 8h e 18h de dias úteis.
- 4) Qualquer profissional credenciado poderá realizar atendimento de urgência (cod. 81000049 e 81000057), desde que seja comprovada, na perícia final, a natureza emergencial do atendimento, por meio de laudo e/ou radiografia(s). Atenção: utilizar a tabela de Urgência.

RADIOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
81000421	Radiografia periapical (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)	12,15
81000375	Radiografia interproximal - bite-wing (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)	12,15
81000383	Radiografia oclusal (NORMAS: 20, 21)	27,45
81000430	Radiografia pósterio-anterior (NORMAS: 20, 21)	60,75
81000340	Radiografia da ATM (3 incidências) (NORMAS: 20, 21)	124,65
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) (NORMAS: 20, 21)	58,50
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico (NORMAS: 20, 21, 27)	80,10
81000472	Telerradiografia (NORMAS: 20, 21, 27)	60,30
81000367	Radiografia da mão e punho – carpal (NORMAS: 20, 21)	67,95
81000308	Modelos ortodônticos (par) (NORMA: 27)	66,60
81000456	Slide (máximo: 8 unidades) (NORMA: 27)	11,70
81000278	Fotografia (máximo: 8 unidades) (NORMA: 27)	11,70
00020330	Documentação ortodôntica (NORMAS: 20, 21, 22, 27, 31)	367,20
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico (NORMAS: 20, 21)	80,10
00020370	Tomografia computadorizada: 1 ATM (NORMAS: 20, 21, 22, 28, 29)	230,40
00020375	Tomografia computadorizada: 2 ATM's (NORMAS: 20, 21, 22, 28, 29)	362,25
00020380	Tomografia computadorizada: 1 seio da face (NORMAS: 20, 21, 22, 28, 29)	207,00
00020385	Tomografia computadorizada: 2 seios da face (NORMAS: 20, 21, 22, 28, 29)	301,50
00020386	Tomografia computadorizada: 1 dente (NORMAS: 20, 21, 28, 29)	145,80
00020387	Tomografia computadorizada: 2 dentes (NORMAS: 20, 21, 28, 29)	157,95
00020388	Tomografia computadorizada: 3 dentes (NORMAS: 20, 21, 28, 29)	206,55
00020389	Tomografia computadorizada: 4 dentes (NORMAS: 20, 21, 28, 29)	255,60
00020390	Tomografia computadorizada: maxila ou mandíbula total (NORMAS: 20, 21, 28, 29)	304,20
00020400	Tomografia computadorizada de Crânio Total (P. Inicial) (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	378,00
00020410	Escaneamento intra-oral	110,25
00020420	Impressão de Modelo 3D (um par)	83,25

NORMAS:

- 20) É obrigatória a apresentação de radiografia com bom contraste, sem alongamento e sem corte de partes essenciais à avaliação do tratamento, sob pena de glosa do procedimento que dela depender.
- 21) As radiografias devem ser enviadas à perícia com nome completo do paciente, identificação do(s) dente(s), data e laudo do radiologista, quando for o caso.
- 22) A obrigatoriedade de apresentação de radiografia à Perícia, seja Inicial, seja Final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida.
- 23) O exame radiográfico completo em adulto compreende, no máximo: 14 películas periapicais e 04 películas interproximais.
- 24) O exame radiográfico completo em criança compreende, no máximo: 10 películas periapicais e 02 películas interproximais.
- 25) As clínicas não especializadas em radiologia devem respeitar o seguinte limite máximo de radiografias por especialidade:
- Odontopediatria: 2 Rx periapicais (cod.81000421); 2 Rx interproximais (cod. 81000375).
 - Dentística e Prótese: 2 Rx periapicais (cod. 81000421); 4 Rx interproximais (cod. 81000375).
 - Endodontia: 5 Rx periapicais (cod. 81000421) por dente.
 - Periodontia 2 Rx periapicais (cod. 81000421) por dente (inicial/final).
 - Cirurgia e Periodontia: 2 Rx periapicais (cod. 81000421) por dente (inicial/final).
- 26) Exame radiográfico que ultrapasse os limites estabelecidos nas normas anteriores (23, 24 e 25) deverá ser, obrigatoriamente, executado em clínica radiológica e acompanhado de laudo de radiologista.
- 27) Protocolo de documentação ortodôntica (cod. 00020330): 1 radiografia panorâmica, 1 telerradiografia com dois traçados, 1 par de modelos, 8 fotografias e 4 radiografias interproximais.
- 28) Protocolo de tomografias computadorizadas (cods. 00020370 a 00020390): radiografia ou imagem panorâmica, imagem 3D, imagem axial e cortes transaxiais da(s) área(s) sob investigação, além de CD com todas as imagens obtidas.
- 29) As tomografias computadorizadas (cods. 00020370 a 00020390) são exames complementares e específicos, e devem ser feitas em clínicas radiológicas da área de odontologia.
- 30) As fotografias limitam-se a 8 para documentação ortodôntica e 4 para o acompanhamento de lesão bucal, com ou sem a realização de biópsia.
- 31) Não será autorizada a confecção de placa de proteção oclusal para clínicas radiológicas.

TESTES E EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
00030410	Teste de risco de cárie	45,90
84000252	Teste de PH salivar	45,90
84000244	Teste de fluxo salivar	45,90
81000111	Coleta de amostra anatomopatológico por citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial	58,05
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	126,00
82000239	Biópsia de boca	126,00

PREVENÇÃO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
00040570	Prevenção (profilaxia, orientação de higiene bucal, aplicação de flúor, controle de placa bacteriana e tratamento de gengivite) (NORMAS: 50 e 51)	308,70
84000201	Remineralização (4 sessões) (P. inicial) (NORMA: 52)	135,00

NORMAS:

- 50) O código de Prevenção compreende o tratamento de pacientes com ou sem sangramento gengival com profundidade de sondagem de até 3 mm e não será autorizado para outra especialidade quando for previsto tratamento periodontal simultâneo.
- 51) O tratamento de prevenção somente será autorizado 2 (duas) vezes no período de um ano, observado o intervalo mínimo de 6 meses, considerando a data de conclusão do procedimento. Se houver indicação para maior número de vezes, o paciente deverá ser encaminhado para perícia inicial.
- 52) A remineralização (cod. 84000201) será autorizada com o objetivo de reverter lesões brancas iniciais de cárie. A Perícia Inicial é obrigatória. O perito deve esclarecer ao paciente que serão realizadas quatro sessões de aplicação de flúor, preferencialmente, uma por semana.

ODONTOPEDIATRIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado (NORMAS: 100 e 101)	40,50
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras (NORMAS: 100 e 102)	41,85
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva (NORMAS: 100 e 102)	49,05
84000031	Aplicação de cariostático (NORMAS: 100)	38,70
84000201	Remineralização (fluoterapia) (4 sessões) (P. Inicial) (NORMAS: 100 e 103)	135,00
85100242	Adequação do meio bucal (com ionômero de vidro ou IRM) (por hemiarco) (NORMA: 100)	77,40
85100161	Restauração em ionômero de vidro até 4 faces (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	69,30
00051090	Restauração preventiva (ionômero + selante) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	70,20
83000046	Coroa de aço em dente decíduo – Rx inicial periapical e Rx final interproximal (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	146,70
85100013	Capeamento pulpar direto (NORMAS: 100 e 109)	80,55
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante (NORMA: 100)	54,00
85200042	Pulpotomia (P. Final exigida apenas para dentes permanentes - Rx periapical inicial e Rx periapical final) (NORMA: 100 e 110)	92,70
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo – Rx final periapical (P. Final) (NORMA: 100)	167,40
83000089	Exodontia simples de decíduo (NORMA: 100)	52,65
83000097	Mantenedor de espaço fixo (P. Final com mantenedor) (NORMAS: 100 e 104)	244,35
83000100	Mantenedor de espaço removível (P. Final com mantenedor) (NORMAS: 100 e 104)	378,00
83000100	Placa de proteção oclusal (P. Final com a placa) (NORMAS: 100)	378,00
00051410	Ajuste oclusal para placa de proteção oclusal - Poderão ser pagos até 2 (dois) ajustes para a placa. (NORMAS: 100)	126,00
86000551	Plano inclinado (P. Final com plano) (NORMA: 100)	207,00
81000014	Condicionamento em Odontologia (por sessão, máximo: 3) (NORMA: 100)	58,50
82001715	Ulotomia (NORMA: 100)	83,25
82001707	Ulectomia (NORMA: 100)	91,80
85100099	Restauração de amálgama 1 face (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	61,65
85100102	Restauração de amálgama 2 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	77,40
85100110	Restauração de amálgama 3 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	90,90
85100129	Restauração de amálgama 4 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	111,15
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	90,00
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	118,35
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	146,25
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	163,35
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	180,00
85400211	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (P. Inicial) (NORMAS: 100)	102,60
85100234	Tratamento de fluorose - microabrasão (por elemento) (NORMA: 100)	99,00
82001251	Reimplante dentário com contenção (por elemento) – Rx periapical final (P. Final) (NORMA: 100)	195,75
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 100, 108)	315,00
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 100 e 108)	315,00
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM (NORMA: 100)	99,00
82000883	Frenulectomia labial (P. Inicial) (NORMA: 100)	147,60
82000891	Frenulectomia lingual (P. Inicial) (NORMA: 100)	147,60
82000026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia (1 por orçamento, desde que haja procedimento cirúrgico previsto) (NORMA: 100)	75,15
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica – Rx periapical inicial (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 100)	267,30
85100048	Colagem de fragmentos dentários (por elemento) (P. Final) (NORMAS: 100 e 106)	150,75
85100250	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo) (NORMAS: 100)	72,00
00051420	Sessão de laserterapia para tratamento de mucosite (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo) (NORMAS: 100)	144,00
00051430	Terapia Fotodinâmica (PDT) (Perícia inicial com Laudo) (norma 100)	112,50

NORMAS:

- 100) A idade limite para tratamento em odontopediatria é de 14 anos completos, sendo que, as crianças com idade abaixo desta, devem, obrigatoriamente, ser atendidas por especialistas desta área, exceto nas localidades onde não houver odontopediatra credenciado. Pacientes com idade superior a limite podem continuar o acompanhamento com odontopediatra, desde que haja autorização do responsável, por escrito, no "Orçamento Odontológico.
- 101) A aplicação de verniz de flúor (cod. 84000112) só será admitida como técnica de remineralização, podendo alcançar 4 sessões por Orçamento.
- 102) Os selantes (cods. 84000074 e 84000058) devem vedar apenas sulcos, fósulas e fissuras, e não devem interferir na oclusão do paciente.
- 103) A remineralização (cod. 84000201) será autorizada com o objetivo de reverter lesões brancas iniciais de cárie. A perícia inicial é obrigatória. O auditor deve esclarecer ao paciente que serão realizadas quatro sessões de aplicação de flúor. Uma por semana.
- 104) O mantenedor de espaço fixo ou removível (cod. 83000097 e 83000100) deverá ter garantia mínima de 90 dias a partir de sua instalação na boca do paciente, exceto nos casos de negligência do paciente ou de desaparecimento do aparelho.
- 105) No caso de cárie interproximal que só for identificada no momento do preparo de cavidade interproximal de elemento contíguo, a Perícia Inicial poderá ser dispensada se o odontólogo apresentar laudo com justificativa e com a ciência do responsável.
- 106) Controle de qualidade: não serão aceitas restaurações sem ponto de contato, sem anatomia adequada, sem acabamento ou polimento, e nem com a presença de degrau (positivo ou negativo). Também não serão aceitas se o fio dental estiver esgarçando ou sendo cortado.
- 107) As restaurações definitivas e próteses unitárias, em qualquer material, que falharem sem justificativa adequada dentro do prazo de 01 ano, a contar da data da Perícia Final, deverão ser refeitas pelo mesmo prestador de serviço, sem ônus para o beneficiário ou para o Plan-Assiste. Salvo nos casos em que o paciente se recusar a retornar ao profissional. Esse prazo não se aplica às lesões de HMI, bem como no caso de hábitos parafuncionais, sendo que, neste caso, o cirurgião dentista deve elaborar um termo de consentimento e o paciente deve assiná-lo tomando ciência do hábito parafuncional e da necessidade de controle.
- 108) Tratamentos a serem realizados com sedação devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico-circunstanciado que justifique sua necessidade, contendo esclarecimento das vantagens e dos riscos de tal conduta e assinatura do responsável.
- 109) O procedimento de Capeamento pulpar direto (Cod. 85100013) será autorizado apenas para dentes permanentes e a restauração definitiva só poderá ser feita após 30 dias, pelo menos.
- 110) O procedimento de Pulpotomia (Cod. 85200042), no caso de permanentes, será autorizado apenas se o dente estiver com ápice aberto/rizogênese incompleta.

DENTÍSTICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
85100099	Restauração de amálgama – 1 face (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	61,65
85100102	Restauração de amálgama – 2 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	77,40
85100110	Restauração de amálgama – 3 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	90,90
85100129	Restauração de amálgama – 4 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	111,15
00062040	Restauração de amálgama PIN – Rx final periapical (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	117,45
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	90,00
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	118,35
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	146,25
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	163,35
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	180,00
00062090	Fechamento de diastema (por faces: mesial e/ou distal, máximo 2 por elemento) (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	180,00
00062095	Reanatomização (por elemento) (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203 e 215)	229,50
85400211	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (P. Inicial) (NORMA: 204)	102,60
00062500	Recuperação de guia canina (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	163,35
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (por sessão, máximo de 3) (P. Inicial) (NORMAS: 205 e 206)	75,15
00062160	Pinos de retenção – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	18,00
85100234	Tratamento de fluorose – microabrasão (por elemento)	99,00
85200018	Clareamento de dente desvitalizado – Rx periapical inicial (P. Inicial) (NORMA: 218)	221,85
85100161	Restauração em ionômero de vidro até 4 faces (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	69,30
85400505	Remoção de trabalho protético	45,90
87000059	Coroa de aço em dente permanente – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205 e 206)	146,70
85400076	Coroa provisória (P. Inicial) (NORMAS: 202 e 209)	100,80
00062215	Coroa provisória prensada em resina (até 2º pré-molar, ou provisório com 2 ou mais elementos, ou em reabilitação oral) (P. Inicial) (NORMAS: 202 e 209)	207,00
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	60,75
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	134,10
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) – identificação obrigatória no odontograma (2 arcadas) (P. Inicial) (NORMA: 207)	73,35
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	54,00
85100013	Capeamento pulpar direto (NORMA: 216)	80,55
85400475	Reembasamento de coroa provisória (máximo: 2 por elemento) (NORMA: 209)	40,95

85400467	Recimentação de trabalhos protéticos (NORMA: 214)	67,50
00051400	Placa de proteção oclusal (P. Final com a placa) (NORMA: 212)	378,00
00051410	Ajuste oclusal para placa de proteção oclusal - Poderão ser pagos até 2 (dois) ajustes para a placa. (NORMA: 213)	126,00
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	41,85
84000058	Aplicação de selante – técnica invasiva	49,05
85100242	Adequação do meio bucal (com ionômero de vidro ou IRM) (por hemiarco)	77,40
85400530	Restauração em cerômero – onlay Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	558,45
85400548	Restauração em cerômero – inlay – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	558,45
85400513	Restauração em cerâmica pura – inlay – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	881,10
85400521	Restauração em cerâmica pura – onlay – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	881,10
85400114	Coroa total em cerômero – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (só até 2º pré-molar) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	443,25
85400556	Restauração metálica fundida – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	256,50
85400181	Faceta em cerâmica pura (só até pré-molar) Rx inicial periapical (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 205, 206 e 208)	809,10
85400157	Coroa total metalo-cerâmica – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 205, 206 e 208)	841,05
85400149	Coroa total metálica – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202, 203, 205, 206 e 208)	378,90
85400106	Coroa total em cerâmica pura – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 205, 206 e 208)	945,00
85400262	Pino pré-fabricado (fibra de carbono, fibra de vidro ou metálico) – Rx inicial periapical e Rx final periapical (P. Inicial e P. Final)	173,70
85400220	Núcleo metálico fundido – Rx inicial periapical e Rx final periapical anterior à cimentação da peça protética (P. Inicial e P. Final)	180,45
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 211)	315,00
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 211)	315,00
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	99,00
82001251	Reimplante dentário com contenção (por elemento) – Rx periapical final (P. Final)	195,75
85100048	Colagem de fragmentos dentários (por elemento) (P. Final) (NORMA: 202)	150,75
85300012	Dessensibilização dentária (por segmento, até 6)	47,70
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) (2 arcadas) (identificação obrigatória no odontograma) (P. Inicial) (NORMA: 207)	73,35
85100250	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	72,00
85200042	Pulpotomia (P. Final exigida apenas para dentes permanentes - Rx periapical inicial e Rx periapical final) (NORMA: 217)	92,70
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (Perícia inicial com laudo) (NORMA: 211)	315,00
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (Perícia inicial com laudo) (NORMA: 211)	315,00
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	99,00
82001251	Reimplante dentário com contenção (por elemento) - Rx final periapical (P. final)	195,75
85100048	Colagem de fragmentos dentários (por elemento) (P. Final) (NORMA: 202)	150,75
85300012	Dessensibilização dentária (por segmento, até 6)	47,70
00084045	Dessensibilização dentinária a laser (por segmento, até 6)	72,00
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) (2 arcadas) (identificação obrigatória no odontograma) (P. inicial) (NORMA: 207)	73,35

NORMAS:

- 200) No caso de cárie interproximal que só for identificada no momento do preparo de cavidade interproximal de elemento contíguo, a perícia inicial poderá ser dispensada se o odontólogo apresentar laudo com justificativa e com a ciência do paciente.
- 201) A substituição de restaurações e próteses por indicação unicamente estética, só será autorizada para dentes anteriores até 2º pré-molar.
- 202) Controle de qualidade: não serão aceitas restaurações ou próteses sem ponto de contato, sem anatomia adequada, sem acabamento ou polimento, e nem com a presença de degrau (positivo ou negativo). Também não serão aceitas se o fio dental estiver esgarçando ou sendo cortado. (ANS 3040)
- 203) Restaurações definitivas e próteses unitárias, em qualquer material, que falharem sem justificativa adequada dentro do prazo de 01 ano, a contar da data de Perícia Final, deverão ser refeitas pelo mesmo prestador de serviço, sem ônus para o beneficiário ou para o Plan-Assiste. Salvo nos casos em que o paciente se recusar a retornar ao profissional. Esse prazo não se aplica às lesões de HMI, bem como no caso de hábitos parafuncionais, sendo que, neste caso, o cirurgião dentista deve elaborar um termo de consentimento e o paciente deve assiná-lo tomando ciência do hábito parafuncional e da necessidade de controle.
- 204) Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (cod. 85400211) só serão autorizados para dentes tratados endodonticamente, e/ou que receberão tratamento protético e/ou em casos excepcionais autorizados pela perícia.
- 205) O ajuste oclusal (cod. 85400025) só será autorizado pela perícia se houver comprovação clínica e/ou radiográfica de sobrecarga oclusal. Serão autorizadas no máximo 03 (três) sessões. Não será autorizado como tratamento de bruxismo. Demais ajustes estão incluídos nos respectivos tratamentos restaurador ou protético.
- 206) O ajuste oclusal das próteses já está incluído no tratamento.
- 207) O item remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) (código 85300055) somente será aprovado quando houver degrau positivo em restaurações, comprovados clínica ou radiograficamente. É imprescindível a identificação, no odontograma, dos locais a serem adequados.
- 208) Os códigos referentes a próteses unitárias não poderão ser agrupados para fins de confecção de prótese fixa não unitária.
- 209) Os provisórios com 2 ou mais elementos deverão ser realizados em resina prensada e submetidos à perícia final.
- 210) É terminantemente proibida a utilização dos códigos de prótese fixa para a cobertura de prótese sobre implante.
- 211) Tratamentos a serem realizados com sedação devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico-circunstanciado que justifique sua necessidade, contendo esclarecimento das vantagens e dos riscos de tal conduta e assinatura do responsável.
- 212) A placa de proteção oclusal deverá ser rígida, confeccionada em acrílico, monomaxilar e, após ajustada, permitir distribuição uniforme dos contatos dentários. Não deverá apresentar báscula, sob pena de glosa.
- 213) Cada sessão de ajuste oclusal para placa de proteção oclusal (máximo 2) deverá ser anotada no verso do "Orçamento Odontológico" com a data, horário e rubrica do beneficiário ou responsável.
- 214) A recimentação de próteses (código 85400467) no período de 01 (um) ano, contado da Perícia Final, está incluída na garantia do tratamento.
- 215) Reanatomização é procedimento para recuperação de anatomia (p.ex. Microdontias, laterais conóides).
- 216) O procedimento de Capeamento pulpar direto (Cod. 85100013) será autorizado apenas para dentes permanentes e a restauração definitiva só poderá ser feita após 30 dias, pelo menos.
- 217) O procedimento de pulpotomia (Cod. 85200042), na especialidade de Dentística, será autorizado apenas em dentes permanentes com ápice aberto/rizogênese incompleta.
- 218) O clareamento (código 85200018) só será autorizado em dentes anteriores até 2º pré-molar, ou em casos de comprometimento estético.

ENDODONTIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305 e 308)	220,95
85200140	Tratamento endodôntico birradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305, 307 e 308)	262,35
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305, 307 e 308)	424,80
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305 e 308)	238,05
85200093	Retratamento endodôntico birradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305, 307 e 308)	327,15
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305, 307 e 308)	554,85
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 302, 304, 305 e 308)	152,55
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	134,10
85100013	Capeamento pulpar direto (NORMA: 309)	80,55
85200042	Pulpotomia (P. Final exigida apenas para dentes permanentes - Rx periapical inicial e Rx periapical final) (NORMA: 310)	92,70
85200018	Clareamento de dente desvitalizado – Rx periapical inicial (P. Inicial) (NORMA: 303)	221,85
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	60,75
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta – Rx periapical inicial e Rx periapical final (por sessão, máximo: 6) (P. Inicial e P. Final)	91,35
85100056	Curativo de demora em endodontia (por sessão, máximo 02 por dente)	120,15

85200050	Remoção de corpo estranho intracanal – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	104,85
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	135,00
85400505	Remoção de trabalho protético	45,90
85400076	Coroa provisória (P. Inicial)	100,80
85400211	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (P. Inicial)	102,60
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	54,00
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	207,45
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	237,60
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	245,70
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	277,20
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	284,40
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	315,90
00084390	Tratamento regenerativo com uso de barreira (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final com etiqueta original da barreira)	540,00
00084400	Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final com etiqueta original do material enxertante)	499,95
87000164	Sedação consciente com óxido nítrico e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 306)	315,00
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 306)	315,00
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	99,00
82000026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia (1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico)	75,15
85100250	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	72,00
00073400	Terapia Fotodinâmica Intracanal (PDT) (Perícia inicial com Laudo)	112,50

NORMAS:

- 300) Serão autorizadas, no máximo, 05 radiografias (cod. 81000421) por dente, incluídas as radiografias inicial e final, tanto para tratamento, quanto para retratamento endodôntico.
- 301) O tratamento endodôntico com finalidade exclusivamente protética será autorizado pela Perícia inicial, desde que acompanhado de laudo técnico circunstanciado do protesista.
- 302) Perfuração, fratura de lima, condensação lateral insatisfatória, extravasamento de cimento e/ou cone de guta percha só serão autorizados pela perícia final, com a apresentação de laudo técnico circunstanciado do endodontista, contendo a ciência do paciente ou seu responsável.
- 303) O clareamento (código 85200018) só será autorizado em dentes anteriores até 2º pré molar, ou em casos de comprometimento estético.
- 304) Não será autorizada a perícia final de tratamento ou retratamento endodôntico no qual haja ocorrido fratura de broca gates-glidden no canal.
- 305) Se houver necessidade de exodontia de dente em tratamento ou retratamento endodôntico antes da obturação do(s) canal(is), a endodontia será paga como pulpectomia (cod. 00117180) constante da tabela de “Urgências”, sem prejuízo de eventuais trocas de curativos (cod. 85100056) e radiografias (cod. 81000421) já executadas. Se a indicação de exodontia ocorrer após a obturação do(s) canal(is), será pago o respectivo tratamento ou retratamento.
- 306) Tratamentos a serem realizados com sedação devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico-circunstanciado que justifique sua necessidade, contendo esclarecimento das vantagens e dos riscos de tal conduta e assinatura do responsável.
- 307) A radiografia final, de dentes que possuem mais de um canal radicular, enviada à Perícia Final, deve apresentar a dissociação dos canais radiculares ou deve ser acompanhada de laudo técnico atestando a existência de conduto único.
- 308) Em casos de prognóstico duvidoso, o tratamento só será autorizado em Perícia Inicial acompanhado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.
- 309) O procedimento de Capeamento pulpar direto (Cod. 85100013) será autorizado apenas para dentes permanentes e a restauração definitiva só poderá ser feita após 30 dias, pelo menos.
- 310) O procedimento de pulpotomia (Cod. 85200042), no caso de permanentes, será autorizado apenas se o dente estiver com ápice aberto/rizogênese incompleta.

PERIODONTIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
00084000	Tratamento não cirúrgico de periodontite leve (bolsas acima de 3,0 até 5,0mm) (Periograma obrigatório) (por segmento: até 6) (P. Inicial com periograma) (NORMAS: 400, 401, 402 e 403)	78,75
00084010	Tratamento não cirúrgico de periodontite avançada (bolsas acima de 5,0mm) (Periograma obrigatório) (por segmento: até 6) (P. Inicial com periograma) (NORMAS: 400, 401, 402 e 403)	106,20
00084600	Manutenção de tratamento periodontal (para periodontite avançada) (a cada 6 meses)	198,00
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana) - por sessão, máximo de: 2 para periodontite leve e 3 para avançada.	33,75
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo (por elemento)	94,05
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA (duas arcadas)	316,80
00084035	Tratamento da periodontite ulcerativa necrosante aguda (duas arcadas)	708,75
85300012	Dessensibilização dentária (por segmento, até 6)	47,70

85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes (por segmento, até 6) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 404)	130,50
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (por sessão, máximo 3) (P. Inicial) (NORMA: 405)	75,15
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) (2 arcadas) (identificação obrigatória no odontograma) (P. Inicial) (NORMA: 406)	73,35
00084090	Proervação pré cirúrgica (1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico) (NORMAS: 403)	75,60
82000921	Gengivectomia (por segmento) (P. Inicial) (NORMA: 407)	164,25
82000336	Cirurgia odontológica a retalho (por segmento) (P. Inicial) (NORMAS: 403, 407 e 416)	175,50
82001464	Sepultamento radicular (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 407 e 408)	173,70
82000557	Cunha proximal (por elemento) (P. Inicial) (NORMAS: 407 e 412)	162,90
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo (por segmento) (P. Inicial) (NORMA: 407)	180,45
82000689	Enxerto pediculado (por elemento) (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	173,25
82000662	Enxerto gengival livre (por elemento) (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	205,20
82000646	Enxerto conjuntivo subepitelial (por elemento; inclui a área doadora e receptora) (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	256,50
82000883	Frenulectomia labial (P. Inicial)	147,60
82000891	Frenulectomia lingual (P. Inicial)	147,60
82000298	Bridectomia (P. Inicial)	147,60
82001073	Hemi-seccão (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 408 e 415)	167,40
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 407 e 408)	209,70
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 407 e 408)	240,30
82000026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia (1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico) (NORMAS: 403 e 407)	75,15
82001669	Tratamento odontológico regenerativo com enxerto de osso autógeno – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 407 e 411)	335,25
82000212	Aumento de coroa clínica (por elemento) – Rx periapical inicial (P. Inicial) (NORMA: 407)	169,20
82000875	Exodontia simples de permanente – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 408 e 412)	90,45
82000816	Exodontia a retalho – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 408 e 412)	117,45
82000859	Exodontia de raiz residual (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 408 e 412)	92,25
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados – Rx periapical inicial e Rx periapical final – aceita-se panorâmica (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 408 e 412)	224,10
82000034	Alveoloplastia (por segmento) (P. Inicial) (NORMA: 413)	157,50
82001715	Ulotomia	83,25
82001707	Ulectomia	91,80
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	135,00
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	207,45
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	237,60
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	245,70
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	277,20
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	284,40
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	315,90
00084390	Tratamento regenerativo com uso de barreira (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final com etiqueta original da barreira) (NORMAS: 407, 410 e 411)	540,00
00084400	Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final com etiqueta original do material enxertante) (NORMAS: 407 e 411)	499,95
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	126,00
82000239	Biópsia de boca	126,00
00084415	Retorno para acompanhamento de lesão bucal (máximo: 3 sessões)	58,50
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	171,00
00084500	Halitometria	254,70
84000244	Teste de fluxo salivar	45,90
84000252	Teste de PH salivar	45,90
81000219	Diagnóstico e tratamento de halitose (NORMA: 409)	819,00
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 414)	315,00
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 414)	315,00
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	99,00

82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica – Rx periapical inicial (P. Inicial e P. Final)	267,30
00084610	Tratamento de alveolite	72,00
85100250	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	72,00
00051420	Sessão de laserterapia para tratamento de mucosite (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	144,00
00051430	Terapia Fotodinâmica (PDT) (Perícia inicial com Laudo)	112,50
00084620	Remoção e recimentação de peças protéticas	67,50
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (Perícia inicial com laudo) (NORMA: 417)	315,00
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	99,00
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica - Rx periapical inicial (P. Inicial/ P. Final)	267,30

NORMAS:

- 400) Para autorização de tratamento não cirúrgico de periodontite leve e/ ou avançada (cod. 00084000 e 00084010), é obrigatório enviar periograma à Perícia Inicial com indicação do local das bolsas
- 401) Periodontite leve (cod. 00084000) é considerada a doença periodontal, na qual há bolsas periodontais que medem acima de 3,0 até 5,0 mm de profundidade à sondagem e presença de sangramento. (Diagnósticos diferenciais: normas 402 e 54). Perícia Inicial com periograma, sob pena de glosa.
- 402) Periodontite avançada (cod. 00084010) é considerada a doença periodontal, na qual há bolsas periodontais que medem acima de 5,0 mm de profundidade à sondagem e presença de sangramento. (Diagnósticos diferenciais: normas 401 e 54). Perícia Inicial com periograma, sob pena de glosa.
- 403) Não poderão, em regra, constar no mesmo orçamento os códigos de tratamento não cirúrgico de periodontite leve ou avançada (cods. 00084000 e 00084010) com cirurgia odontológica a retalho (cod. 82000336). Excepcionalmente, a Perícia poderá autorizar esses procedimentos concomitantemente, desde que haja laudo do profissional justificando a necessidade.
- 404) Para que a imobilização dental – splintagem (cod. 85300020) possa ser autorizada pela perícia inicial, é obrigatório que o cirurgião-dentista emita laudo técnico que justifique a necessidade deste procedimento.
- 405) O ajuste oclusal (cod. 85400025) só será autorizado pela perícia se houver comprovação clínica e/ou radiográfica de sobrecarga oclusal. Serão autorizadas no máximo 03 (três) sessões. Não será autorizado como tratamento de bruxismo.
- 406) O item remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) (código 85300055) somente será aprovado quando houver de grau positivo em restaurações, comprovados clínica ou radiograficamente. É imprescindível a identificação, no odontograma, dos locais a serem adequados.
- 407) O paciente não deverá, em hipótese alguma, ser encaminhado à perícia final com qualquer curativo sobre o locus cirúrgico, que impeça sua avaliação. Excepcionalmente será admitido o envio do paciente ainda com sutura.
- 408) Na hipótese de fratura de ápice radicular durante exodontia de elemento dentário o procedimento somente será autorizado se o profissional responsável enviar à Perícia Final um laudo técnico circunstanciado, e assinado pelo paciente ou por seu responsável, responsabilizando-se pelo acompanhamento do caso.
- 409) O protocolo do diagnóstico e tratamento de halitose (cod. 81000219) consiste em: 3 consultas, 2 orientações de higiene bucal e de dieta alimentar, 2 controles de placa bacteriana com uso de corante específico, 2 profilaxias, 1 halimetria, 1 teste de fluxo salivar e 1 teste de pH salivar.
- 410) No tratamento regenerativo com uso de barreira (cod. 00084390) é obrigatório o envio da etiqueta da barreira para que a perícia final seja autorizada. Este código é exclusivo para barreiras utilizadas no procedimento de Regeneração Óssea Guiada – não cabível para outros tipos de barreiras (para proteção de área doadora de enxerto, por exemplo).
- 411) Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (cod. 00084400) é código exclusivo para as regiões periodontal, periimplantar e alveolar.
- 412) Não será autorizado cunha proximal (cod. 82000557) associada à exodontias (cods. 82000875, 82000816, 82000859, 82001286) salvo em casos excepcionais acompanhados de laudo profissional que a justifique.
- 413) Não será autorizada alveoloplastia (cod.82000034) em extração unitária. A alveoloplastia é procedimento pertinente para regularizar o rebordo alveolar nos casos de exodontia de dois ou mais dentes contíguos. A regularização do alvéolo em extrações unitárias é etapa cirúrgica obrigatória.
- 414) Tratamentos a serem realizados com sedação devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico-circunstanciado que justifique sua necessidade, contendo esclarecimento das vantagens e dos riscos de tal conduta e assinatura do responsável.
- 415) Hemi-seção (cod. 82001073) é procedimento independente, cujo intuito é preservar, pelo menos, uma raiz dentária, não podendo ser cobrada para dente objeto de exodontia.
- 416) A Cirurgia odontológica a retalho (cod. 82000336) não pode ser utilizado em conjunto com outros códigos de procedimentos cirúrgicos.

PRÓTESE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
85400599	Planejamento em prótese (modelo de estudo: par; montagem em articulador semi-ajustável) (só para PPR, prótese total e reabilitação oral de 6 ou mais elementos) (P. Inicial e P. Final com apresentação dos modelos)	99,45
81000243	Diagnóstico por meio de enceramento (por elemento) (só para PPR, prótese total e reabilitação oral de 6 ou mais elementos) (P. Inicial e P. Final com apresentação dos modelos com os elementos encerrados)	108,00
00105025	Análise oclusal para diagnóstico (JIG, modelo de estudo e montagem em articulador) (P. Inicial e P. Final com apresentação dos modelos e JIG) (NORMA: 501)	98,55
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (por sessão, máximo de 3) (P. Inicial) (NORMA: 500)	75,15
85400556	Restauração metálica fundida – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 508 e 512)	256,50
85400505	Remoção de trabalho protético	45,90
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos (NORMA: 512)	67,50
85400220	Núcleo metálico fundido – Rx periapical inicial e Rx periapical final anterior à cimentação da peça protética (P. Inicial e P. Final)	180,45
87000059	Coroa de aço em dente permanente – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	146,70
85400076	Coroa provisória (P. Inicial) (NORMA: 506)	100,80
00062215	Coroa provisória prensada em resina (até 2º pré-molar, ou provisório com 2 ou mais elementos, ou em reabilitação de 6 ou mais elementos) (P. Inicial) (NORMA: 506)	207,00
85400475	Reembasamento de coroa provisória (máximo: 2 por elemento) (NORMA: 506)	40,95
85400106	Coroa total em cerâmica pura – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	945,00
85400181	Faceta em cerâmica pura (só até pré-molar) – Rx periapical inicial (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 503, 505, 507, 508 e 512)	809,10
85400157	Coroa total metalo-cerâmica – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	841,05
85400149	Coroa total metálica – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 508 e 512)	378,90
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos (P. Inicial)	724,05
85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 508)	1.326,15
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório) (P. Final)	259,65
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial – mediato (em laboratório)	259,65
85400408	Prótese total (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 508)	1.236,60
85400610	Prótese total caracterizada (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 508)	1.854,90
85400416	Prótese total imediata (P. Inicial)	1.053,00
00051400	Placa de proteção oclusal (P. Final com a placa) (NORMA: 510)	378,00
00051410	Ajuste oclusal para placa de proteção oclusal - Poderão ser pagos até 2 (dois) ajustes para a placa. (NORMA: 511)	126,00
00105380	Conserto em prótese total ou parcial	148,95
00105385	Reparo ou substituição de dentes em prótese total ou parcial	72,00
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	54,00
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular (NORMA: 504)	60,75
85400513	Restauração em cerâmica pura – inlay – Rx periapical inicial Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	881,10
85400521	Restauração em cerâmica pura – onlay – Rx periapical inicial Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	881,10
85400530	Restauração em cerômero – onlay – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	558,45
85400548	Restauração em cerômero – inlay – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	558,45
85400114	Coroa total em cerômero – Rx periapical inicial e Rx interproximal final P. Inicial e P. Final) (só até 2º pré-molar) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	443,25
85400262	Pino pré-fabricado (fibra de carbono, fibra de vidro ou metálico) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	173,70
85400211	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (P. Inicial) (NORMA: 502)	102,60
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular – Rx inicial periapical e Rx final periapical (P. Inicial e P. Final)	134,10
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (Perícia inicial com laudo) (NORMA: 509)	315,00
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (Perícia inicial com laudo) (NORMA: 509)	315,00
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	99,00
85100250	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	72,00
00051430	Terapia Fotodinâmica (PDT) (Perícia inicial com Laudo)	112,50

NORMAS:

500) O ajuste oclusal (cod. 85400025) só será autorizado pela perícia se houver comprovação clínica e/ou radiográfica de sobrecarga oclusal. Serão autorizadas no máximo 03 (três) sessões. Não será autorizado como tratamento de bruxismo. O ajuste oclusal das próteses já está incluído no respectivo tratamento.

501) A Análise oclusal para diagnóstico (código: 00105025) corresponde à fase inicial de investigação (composta de uma ou mais consultas) para diagnóstico e prognóstico com proposta de tratamento ou encaminhamento. Inclui confecção de jig e montagem de modelos em articulador. É obrigatória a formulação de laudo técnico circunstanciado (contendo diagnóstico, duração provável do tratamento, plano de tratamento e prognóstico ou devido encaminhamento) que deverá ser enviado para avaliação pericial inicial, juntamente com todos os exames existentes e orçamento odontológico devidamente preenchido.

502) Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (cod. 85400211), só será autorizado para dentes tratados endodonticamente e/ou que receberão tratamento protético.

503) Controle de qualidade: não serão aceitas próteses sem ponto de contato, sem anatomia adequada, sem acabamento ou polimento, e nem com a presença de degrau (positivo ou negativo). Também não serão aceitas se o fio dental estiver esgarçando ou sendo cortado.

504) É terminantemente proibida a utilização dos códigos de prótese fixa para a cobertura de prótese sobre implante.

505) Os códigos referentes a próteses unitárias não poderão ser agrupados para fins de confecção de prótese fixa não unitária.

506) Os provisórios com 2 ou mais elementos deverão ser realizados em resina prensada e submetidos à perícia final.

507) Em caso de necessidade exclusivamente estética, é vedada, em dentes posteriores, a substituição de prótese unitária metálica por não metálica.

508) As próteses unitárias, em qualquer material, que falharem sem justificativa adequada dentro do prazo de 01 ano, a contar da data de Perícia Final, deverão ser refeitas pelo mesmo prestador de serviço, sem ônus para o beneficiário ou para o Plan-Assiste. Salvo nos casos em que o paciente se recusar a retornar ao profissional. Esse prazo não se aplica às lesões de HMI, bem como no caso de hábitos parafuncionais, sendo que, neste caso, o cirurgião dentista deve elaborar um termo de consentimento e o paciente deve assiná-lo tomando ciência do hábito parafuncional e da necessidade de controle.

509) Tratamentos a serem realizados com sedação devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico-circunstanciado que justifique sua necessidade, contendo esclarecimento das vantagens e dos riscos de tal conduta e assinatura do responsável.

510) A placa de proteção oclusal deverá ser rígida, confeccionada em acrílico, monomaxilar e, após ajustada, permitir distribuição uniforme dos contatos dentários. Não deverá apresentar báscula, sob pena de glosa.

511) Cada sessão de ajuste da placa de proteção oclusal (máximo 2) deverá ser anotada no verso do "Orçamento Odontológico" com a data, horário e rubrica do beneficiário ou responsável.

512) A recimentação de próteses (código 85400467) no período de 01 (um) ano, contado da Perícia Final, está incluída na garantia do tratamento.

CIRURGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
82000875	Exodontia simples de permanente – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600, 602, 607 e 612)	90,45
82000816	Exodontia a retalho – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600, 602, 607 e 612)	117,45
82000859	Exodontia de raiz residual (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600, 602, 607 e 612)	92,25
82000034	Alveoloplastia (por segmento) (P. Inicial) (NORMA: 609)	157,50
82001715	Ulotomia	83,25
82001707	Ulectomia	91,80
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica – Rx periapical inicial (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	267,30
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	207,45
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	237,60
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	245,70
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	277,20
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	284,40
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	315,90
82000883	Frenulectomia labial (P. Inicial)	147,60
82000891	Frenulectomia lingual (P. Inicial)	147,60
82000212	Aumento de coroa clínica (por elemento) – Rx periapical inicial (P. Inicial)	169,20
82000298	Bridectomia (P. Inicial)	147,60
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados – Rx periapical inicial e Rx periapical final – aceita-se panorâmica (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600, 602, 607 e 612)	224,10

82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos – Rx periapical inicial ou outro adequado a verificação da lesão (P. Inicial) (NORMA: 601)	294,75
82000794	Exérese ou excisão de mucocele (NORMA: 601)	171,00
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial (NORMA: 601)	126,00
82000808	Exérese ou excisão de rânula (P. Inicial) (NORMA: 601)	675,00
82000239	Biópsia de boca (NORMA: 601)	126,00
82001251	Reimplante dentário com contenção (por elemento) – Rx periapical final (P. Final)	195,75
82000026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia (1 por orçamento, desde que haja procedimento)	75,15
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	135,00
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 610)	315,00
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. inicial com laudo) (NORMA: 610)	315,00
00084400	Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final com etiqueta original do material enxertante) (NORMA: 603)	499,95
82001464	Sepultamento radicular (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 600)	173,70
82000557	Cunha proximal (por elemento) (P. Inicial) (NORMA: 608)	162,90
82001073	Hemi-seção (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600 e 611)	167,40
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 600)	209,70
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 600)	240,30
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	99,00
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM) – Rx inicial (P. Inicial)	387,00
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal (P. Inicial)	265,05
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal (P. Inicial)	265,05
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial – Rx inicial (P. Inicial) (NORMA: 604)	220,50
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (P. Inicial) (NORMA: 605)	418,05
82001634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução – Rx inicial (P. Inicial) (NORMA: 606)	650,25
00097000	Cirurgia de torus unilateral (P. Inicial)	180,00
00097010	Cirurgia de torus bilateral (P. Inicial)	261,00
00097020	Redução cruenta (fratura alveolodentária) (P. Final)	225,00
00097030	Redução incruenta (fratura alveolodentária) (P. Final)	130,50
00097040	Sulcoplastia (por segmento) (P. Inicial)	171,00
00084610	Tratamento de alveolite	72,00
85100250	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	72,00
00084610	Terapia Fotodinâmica (PDT) (Perícia inicial com Laudo)	112,50

NORMAS:

600) Na hipótese de fratura de ápice radicular durante exodontia de elemento dentário o procedimento somente será autorizado se o profissional responsável enviar à Perícia Final um laudo técnico circunstanciado, e assinado pelo paciente ou por seu responsável, responsabilizando-se pelo acompanhamento do caso.

601) O material resultante de exérese ou excisão de cistos odontológicos (cod. 82000786), exérese ou excisão de mucocele (cod. 82000794), punção aspirativa na região buco-maxilo-facial (cod. 82001103), exérese ou excisão de rânula (cod. 82000808), deve ser encaminhado para biópsia.

602) O paciente não deverá, em hipótese alguma, ser encaminhado à perícia final com qualquer curativo sobre o locus cirúrgico, que impeça sua avaliação. Excepcionalmente será admitido o envio do paciente ainda com sutura.

603) Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (cod. 00084400) pode ser autorizado como fase preparatória para tratamento de implante.

604) O tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial (código 82001596) refere-se ao tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) e do aumento do número de células (hiperplasia) do tecido ósseo ou cartilaginoso, da mandíbula ou maxila, quando a localização e as características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.

605) O tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (código 82001618) refere-se ao tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) e do aumento do número de células (hiperplasia) de tecidos moles, da mandíbula ou maxila, quando a localização e as características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.

606) O tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos (cod 82001634) refere-se ao tratamento cirúrgico, sem reconstrução, do crescimento anormal de células benignas originadas dos tecidos formadores do dente, quando a localização e as características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.

607) Exodontias (cods. 82000875, 82000816, 82000859) por necessidade ortodôntica só serão autorizadas com pedido do ortodontista por escrito.

608) Não será autorizado cunha proximal (cod. 82000557) associada à exodontias, salvo em casos excepcionais acompanhados de laudo profissional que a justifique.

609) Não será autorizada alveoloplastia (cod. 82000034) em extração unitária. A Alveoloplastia é procedimento pertinente para regularizar o rebordo alveolar nos casos de exodontia de dois ou mais dentes contíguos. A regularização do alvéolo em extrações unitárias é etapa cirúrgica obrigatória.

610) Tratamentos a serem realizados com sedação devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico-circunstanciado que justifique sua necessidade, contendo esclarecimento das vantagens e dos riscos de tal conduta e assinatura do responsável.

611) Hemi-seção (cod. 82001073) é procedimento independente, cujo intuito é preservar, pelo menos, uma raiz dentária, não podendo ser cobrada para dente objeto de exodontia.

URGÊNCIAS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
81000049	Consulta odontológica de Urgência (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	76,05
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	136,35
81000421	Radiografia periapical (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	12,15
00117330	Restauração temporária / tratamento expectante (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	54,00
00117040	Aplicação de cariostático (4 hemiarcos) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	38,70
00117340	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 704, 705 e 708)	90,00
00117350	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 704, 705 e 708)	118,35
00117360	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 704, 705 e 708)	146,25
00117370	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 704, 705 e 708)	163,35
00117080	Faceta direta em resina fotopolimerizável (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 704, 705 e 708)	180,00
00117085	Colagem de fragmentos dentários (por elemento) (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 704)	150,75
00117380	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (só para dentes com endodontia) (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	102,60
00117100	Reimplante dentário com contenção (por elemento) Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 704)	195,75
00117110	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 706)	75,15
00117115	Remoção de trabalho protético (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	45,90
00117390	Coroa provisória (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	100,80
00117130	Recimentação de trabalhos protéticos (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	67,50
00117410	Capeamento pulpar direto (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	80,55
00117160	Pulpotomia (P. Final exigida apenas para dentes permanentes - Rx periapical inicial e Rx periapical final) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	92,70
00117170	Tratamento endodôntico em dente decíduo – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	167,40
00117180	Pulpectomia (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	97,20
00117420	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	135,00
00117210	Exodontia simples de decíduo (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 707)	52,65
00117220	Condicionamento em Odontologia (apenas um, referente à consulta de urgência) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	58,50
00117230	Exodontia simples de permanente – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 707 e 709)	90,45
00117240	Exodontia a retalho – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 707 e 709)	117,45
00117250	Exodontia de raiz residual (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 707)	92,25
00117260	Remoção de dentes inclusos / impactados – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 707 e 709)	224,10
00117280	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	75,15
00117300	Tratamento de abscesso periodontal agudo (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	94,05
00117310	Conserto em prótese total ou parcial (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	148,95
00117320	Reparo ou substituição de dentes em prótese total ou parcial (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	72,00
00117500	Sutura de mucosa com ou sem aplicação de hemostático (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	157,50
00117450	Imobilização dentária com resina foto (por segmento) (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	130,50
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos (P. Inicial) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	724,05
00118010	Redução cruenta (fratura alveolodentária) (P. Final)	225,00
00118020	Redução incruenta (fratura alveolodentária) (P. Final)	130,50
00118030	Tratamento de alveolite	72,00
00117510	Aplicação de laser terapêutico (máximo 1 sessão)	72,00
00118040	Terapia Fotodinâmica (PDT)	112,50

NORMAS:

700) Considera-se urgência todo atendimento que não constitua passo intermediário e/ou final de tratamento iniciado pelo próprio dentista, como, por exemplo, odontalgia, hemorragia, alveolite, drenagem de abscessos, cimentação de prótese.

701) Nos atendimentos de urgência, a perícia inicial está dispensada, desde que comprovado o caráter emergencial.

702) A obrigatoriedade da perícia final, bem como de apresentação de exame radiográfico, está indicada ao lado de cada procedimento.

703) O atendimento de urgência não dispensa o profissional de preencher a “Guia Odontológica”, tampouco de encaminhar o paciente para a realização da Perícia Final, quando necessário.

704) Controle de qualidade: não serão aceitas restaurações sem ponto de contato, sem anatomia adequada, sem acabamento ou polimento, e nem com a presença de degrau (positivo ou negativo). Também não serão aceitas se o fio dental estiver esgarçando ou sendo cortado.

705) O atendimento emergencial não exclui a garantia mínima de 01 (um) ano para as restaurações definitivas.

706) O ajuste oclusal (cod. 00117110) refere-se ao tratamento de sobrecarga oclusal com comprovação clínica e/ou radiográfica. Não será autorizado como tratamento de bruxismo. Demais ajustes estão incluídos nos respectivos tratamentos restaurador ou protético.

707) Na hipótese de fratura de ápice radicular durante exodontia de elemento dentário o procedimento somente será autorizado se o profissional responsável enviar à Perícia Final um laudo técnico circunstanciado, e assinado pelo paciente ou por seu responsável, responsabilizando-se pelo acompanhamento do caso

708) Restaurações definitivas e próteses unitárias, em qualquer material, que falharem sem justificativa adequada dentro do prazo de 01 ano, a contar da data de Perícia Final, deverão ser refeitas pelo mesmo prestador de serviço, sem ônus para o beneficiário ou para o Plan-Assiste. Salvo nos casos em que o paciente se recusar a retornar ao profissional.

709) Hemi-seção (cod. 82001073) é procedimento independente, cujo intuito é preservar, pelo menos, uma raiz dentária, não podendo ser cobrada para dente objeto de exodontia.

DISFUNÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
00128010	Avaliação para diagnóstico e plano de tratamento de DTM (P. Final, com laudo) (NORMAS: 800 e 801) (Inclui: montagem em articulador, placa de proteção oclusal, placas reposicionadoras, reembasamento de placas, front-plateau, jig, e eventuais	240,75
00128020	Tratamento de DTM (P. Inicial com laudo e P. Final com relatório e órtese) (NORMAS: 800, 802, 803, 804 e 805)	1.188,00
00128030	Manutenção <u>mensal</u> do tratamento de DTM (por sessão – até 6 sessões) (P. Inicial com relatório) (NORMAS: 800 e 803)	92,70
00128040	Administração e infiltração de fármacos (P. Inicial com laudo) (NORMAS: 800)	58,50
00128050	Sessões de laserterapia (por sessão – máximo 05 sessões por articulação) (P. inicial com laudo) (NORMAS: 800)	72,00
00051400	Placa de proteção oclusal (P. Final com a placa) (NORMA: 804 e 805)	378,00
00051410	Ajuste oclusal para placa de proteção oclusal - Poderão ser pagos até 2 (dois) ajustes para a placa. (NORMA: 805)	126,00

NORMAS:

800) O tratamento de Disfunção Têmporo-mandibular – DTM deverá ser realizado por cirurgião-dentista inscrito como especialista em DTM no Conselho Regional de Odontologia – CRO.

801) A avaliação (código: 00128010) corresponde à fase inicial de investigação (composta de uma ou mais consultas) para diagnóstico e prognóstico com proposta de tratamento ou encaminhamento. Inclui confecção de jig e montagem de articulador. É obrigatória a formulação de laudo técnico circunstanciado (contendo diagnóstico, duração provável do tratamento, plano de tratamento e prognóstico) que deverá ser enviado para avaliação pericial inicial, juntamente com todos os exames existentes e guia odontológica devidamente preenchido.

802) No tratamento de DTM (código: 00128020) estão inclusos: montagem em articulador, placa de proteção oclusal (ver normas 804 e 805), placas reposicionadoras, reembasamento de placas, front-plateau, jig, e eventuais ajustes oclusais.

803) Finalizado o tratamento, o cirurgião-dentista responsável deverá encaminhar à Perícia Final um relatório, assinado pelo paciente ou responsável, contendo o tratamento efetivamente realizado, os resultados conseguidos, o prognóstico do caso e o número de sessões de manutenção que se farão necessárias para o acompanhamento do paciente (cod.: 00128030, até 6 sessões). O paciente deverá comparecer à Perícia Final com a placa de proteção oclusal.

804) A placa de proteção oclusal deverá ser rígida, confeccionada em acrílico, monomaxilar e, após ajustada, permitir distribuição uniforme dos contatos. Não deverá apresentar báscula, sob pena de glosa.

805) Cada sessão de ajuste de Placa de Proteção Oclusal (máximo 2) deverá ser anotada no verso do “Orçamento Odontológico” com a data, horário e rubrica do beneficiário ou responsável.

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. A concessão de benefícios relativos a serviços odontológicos será efetuada com base na Lista de Procedimentos Odontológicos do Plan-Assiste (LPO).
2. Seja nos casos de assistência na modalidade dirigida (credenciados), seja na de livre-escolha (reembolso), as regras de perícias deverão seguir as exigências e normas contidas na LPO e no Regulamento Geral do Plan-Assiste. Inclusive, quanto ao “Orçamento Odontológico”, disponível no site do Plan-Assiste: www.planassiste.mpu.mp.br, que deve ser preenchido desde o cabeçalho e assinado pelo cirurgião-dentista assistente e pelo paciente ou seu responsável.
3. A obrigatoriedade de execução de Perícia Inicial e/ou Final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, bem como a exigência de radiografias.
4. O Plan-Assiste poderá determinar a realização de Perícia, em qualquer momento do tratamento.
5. Quando a Perícia não for obrigatória, o beneficiário pode optar em fazê-la.
6. Nas unidades em que não se possua servidor auditor do MPU somente serão obrigatórias as Perícias dos tratamentos orçados acima de 1800 CHO's, dispensada a obrigatoriedade prevista na Orientação Geral nº 3.
7. É vedada a acumulação de credenciamento nas funções de perito e de executor de procedimentos terapêuticos odontológicos junto ao Plan-Assiste.
8. É vedado ao perito realizar perícias de tratamentos executados por profissional que seja parente até o 2º grau civil (Ex: cônjuge, companheiro, filhos, enteados, irmãos, netos...).
9. A Perícia Inicial consiste na avaliação de indicação e oportunidade para benefício real do paciente. O perito deve verificar também, a adequação da proposta quanto às quantidades e os respectivos códigos.
10. Caso julgue necessário, o perito poderá solicitar avaliação presencial do paciente a fim de avaliar a necessidade ou a indicação dos procedimentos solicitados na Guia/Orçamento.
11. Perícia Intermediária – Na hipótese de mudança do plano de tratamento, o cirurgião-dentista deve alterar o Orçamento Odontológico (glosar o que não será executado e acrescentar o que pretende fazer) e enviar laudo circunstanciado que explique/justifique as alterações, quando necessário. Nos casos em que o procedimento acrescentado exigir Perícia Inicial, o paciente deve ser submetido a “Perícia Intermediária”, sob pena de glosa do procedimento.
12. A Perícia Final deve verificar não apenas se os procedimentos propostos foram realizados em termos de quantidade, mas também quanto à qualidade técnica.
13. A Perícia Final poderá ser no formato virtual ou presencial.
14. Perícia Final – o prazo para realização é de 10 dias úteis a partir do término do tratamento, sob pena de custeio integral do tratamento pelo titular, conforme §2º do Art. 34 do Regulamento Geral do Plan-Assiste.
15. Perícia Final Provisória – No caso de o tratamento não ser aprovado na Perícia Final por necessitar de reavaliação, reparação, substituição, laudo e/ou termo de responsabilidade, o perito deve informar ao credenciado, via e-mail, os ajustes necessários e, portanto, o prazo para a perícia final começará a contar a partir da data de envio do novo e-mail pelo credenciado.
16. A tolerância máxima para os ajustes demandados pela Perícia é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento.
17. As considerações do perito devem ser acatadas. Se o profissional responsável pelo tratamento discordar, deve fazê-lo por escrito e submeter o procedimento a nova avaliação pericial.
18. Em caso de conflito ou impasse, o caso deve ser avaliado por Junta Odontológica Oficial nas localidades em que haja mais de um perito. Se necessário, o caso deve ser devidamente embasado por ambas as partes e a documentação encaminhada ao Setor de Auditorias e Perícias Odontológicas da Procuradoria Geral da República em Brasília.

19. O perito não deve intervir nos atos de outro profissional, ou fazer qualquer apreciação na presença do examinado, reservando suas observações, sempre fundamentadas, para o relatório sigiloso e enviado via e-mail, que deve ser encaminhado a quem de direito.
20. Na hipótese de atendimento em regime hospitalar, o tratamento será remunerado de acordo com a LPO, acrescido de 100% do valor do procedimento executado.
21. Os procedimentos executados em pacientes com comprovada deficiência, mental ou física, que dificulte a realização do tratamento odontológico, terão um acréscimo de 50% sobre o respectivo valor previsto na LPO. Há que se encaminhar laudo técnico circunstanciado que justifique o referido acréscimo.
22. Os tratamentos, tanto na modalidade dirigida (rede credenciada), quanto na livre-escolha (para reembolso), devem ser realizados por profissionais com curso de especialização na área em questão devidamente registrado no Conselho Federal de Odontologia, conforme o Art. 32 do Regulamento Geral do Plan-Assiste. Nos casos de livre escolha, a verificação da inscrição deve ser feita pelo Perito, via site do CFO, sendo que o não cumprimento desta exigência fomenta a não autorização pela Perícia Inicial.
23. Os procedimentos contemplados na tabela de Urgência da LPO dispensam Perícia Inicial e podem ser realizados por qualquer cirurgião-dentista.
24. O Plan-Assiste verificará a titulação do profissional que assinou o orçamento odontológico, bem como, a regularidade de seu credenciamento junto ao plano.
25. Os procedimentos não autorizados pela Perícia Inicial ou Final, quando exigidas nos moldes da LPO, não serão objeto de reembolso pelo Plan-Assiste.
26. A necessidade de apresentação de radiografia à Perícia está indicada ao lado de cada procedimento. Em caso de omissão de tal informação, significa que a radiografia não é obrigatória.
27. Tratamentos a serem realizados com sedação devem ser encaminhados à Perícia Inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico-circunstanciado que justifique sua necessidade, contendo esclarecimento de vantagens e riscos da conduta e assinatura do paciente ou de seu responsável.
28. O beneficiário pode encerrar o tratamento a qualquer tempo, desde que comunique previamente ao prestador e realize a Perícia Final para verificação dos procedimentos realizados.