



## MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO

### PORTARIA SG/MPU Nº 44, DE 3 DE ABRIL DE 2025

Aprova a Lista de Procedimentos Odontológicos do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União.

O CONSELHO GESTOR DO PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO - PLAN-ASSISTE, no uso da atribuição que lhe confere o art. 52, inciso XV do Regulamento Geral, aprovado pela [Portaria PGR/MPU nº 94, de 5 de junho de 2023](#), e de acordo com o deliberado na 56ª Reunião do Conselho Gestor, realizada em 26 de fevereiro de 2025, resolve:

Art. 1º Fica aprovada a Lista de Procedimentos Odontológicos do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União, na forma do anexo desta Portaria.

Art. 2º Fica revogada a Lista de Procedimentos Odontológicos publicada no Boletim de Serviço do Ministério Público da União - [BSMPU nº 1 de janeiro de 2016, p. 12](#).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor no dia 1º de maio de 2025.

PAULO ROBERTO SAMPAIO ANCHIETA SANTIAGO



**Ministério Público da União**

**Programa de Saúde e Assistência Social**

# **LISTA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS**

**VIGÊNCIA: 1º de maio de 2025**

## APRESENTAÇÃO

A presente Lista de Procedimentos Odontológicos – LPO contempla todos os serviços e procedimentos odontológicos passíveis de cobertura pelo Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União – Plan-Assiste.

Sua aplicação, tanto para os atendimentos realizados por meio da rede credenciada, quanto para os reembolsos de despesas relativas a atendimento por profissionais ou instituições não credenciadas, está sujeita às normas específicas de cada capítulo da Lista, ao Regulamento Geral do Plan-Assiste, às Normas Complementares e às Orientações Gerais emitidas pela administração do Programa.

## ÍNDICE

DIAGNOSE E VISTORIA	3
RADIOLOGIA	4
TESTES E EXAMES LABORATORIAIS	6
PREVENÇÃO	7
ODONTOPEDIATRIA	7
DENTÍSTICA	12
ENDODONTIA	19
PERIODONTIA	23
PRÓTESE	30
CIRURGIA	35
URGÊNCIAS	40
DISFUNÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	44

## DIAGNOSE E VISTORIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CHO
81000065	Consulta odontológica inicial (NORMA: 1)	160
81000049	Consulta odontológica de Urgência (NORMAS: 2, 3 e 4)	169
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs (NORMAS: 2, 3 e 4)	303
81000073	Consulta odontológica para perícia odontológica inicial e final (presencial)	118
00010140	Falta não justificada à consulta (NORMAS: 5 e 6)	130
00010160	Vistoria de Instalações (NORMAS: 7, 8 e 9)	515

### 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.**

5) Considera-se **falta não justificada** (cod. 00010140) aquela em que o beneficiário não tenha desmarcado com pelo menos 4 horas de antecedência. A **data e o horário da falta não justificada** devem ser anotados na “**Guia Odontológica**” ou no verso do “**Orçamento Odontológico**”, e conter a assinatura do paciente ou de seu responsável, sob pena de glosa.

6) As **faltas não justificadas** (cod. 00010140) são de custeio integral do beneficiário.

7) As **vistorias** devem ser executadas conforme o “Formulário de Vistoria”, disponibilizado pelo Plan-Assiste, seguindo-se as normas abaixo.

8) Será exigida a utilização de autoclave na rotina de esterilização das clínicas que desejam se credenciar junto ao plano, bem como a utilização periódica do teste biológico, salvo nas regiões em que esta exigência inviabilize qualquer credenciamento.

9) Nas unidades em que se mostre inviável a execução de vistoria de instalações de clínica odontológica, poderá ser solicitado à Inspeção de Saúde Municipal emissão de laudo de inspeção da clínica. Excepcionalmente, o credenciamento poderá ser realizado apenas com Alvará e Licença de Funcionamento atualizados.

## RADIOLOGIA

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CHO</b>
<b>81000421</b>	Radiografia periapical (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26)	27
<b>81000375</b>	Radiografia interproximal – bite-wing (NORMAS:20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26)	27
<b>81000383</b>	Radiografia oclusal (NORMAS: 20 e 21)	61
<b>81000430</b>	Radiografia póstero-anterior (NORMAS: 20 e 21)	135
<b>81000340</b>	Radiografia da ATM (3 incidências) (NORMAS: 20 e 21)	277
<b>81000405</b>	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) (NORMAS: 20 e 21)	130
<b>81000480</b>	Telerradiografia com traçado cefalométrico (NORMAS: 20, 21 e 27)	178
<b>81000472</b>	Telerradiografia (NORMAS: 20, 21 e 27)	134
<b>81000367</b>	Radiografia da mão e punho – carpal (NORMAS: 20 e 21)	151
<b>81000308</b>	Modelos ortodônticos (par) (NORMA: 27)	148
<b>81000278</b>	Fotografia (máximo: 8 unidades) (NORMA: 27)	26
<b>00020330</b>	Documentação ortodôntica (1 radiografia panorâmica, 1 telerradiografia com dois traçados, 1 par de modelos, 8 fotografias e 4 radiografias interproximais) (NORMAS: 20, 21, 22, 27 e 31)	816
<b>81000413</b>	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico (NORMAS: 20 e 21)	178
<b>00020370</b>	Tomografia computadorizada: 1 ATM (NORMAS: 20, 21, 22, 28 e 29)	512
<b>00020375</b>	Tomografia computadorizada: 2 ATM's (NORMAS: 20, 21, 22, 28 e 29)	805
<b>00020380</b>	Tomografia computadorizada: 1 seio da face (NORMAS: 20, 21, 22, 28 e 29)	460

<b>00020385</b>	Tomografia computadorizada: 2 seios da face (NORMAS: 20, 21, 22, 28 e 29)	670
<b>00020386</b>	Tomografia computadorizada: 1 dente (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	324
<b>00020387</b>	Tomografia computadorizada: 2 dentes (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	351
<b>00020388</b>	Tomografia computadorizada: 3 dentes (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	459
<b>00020389</b>	Tomografia computadorizada: 4 dentes (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	568
<b>00020390</b>	Tomografia computadorizada: maxila ou mandíbula total (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	676
<b>00020400</b>	Tomografia computadorizada de Crânio Total (P. Inicial) (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	840
<b>00020410</b>	Escaneamento intra-oral	245
<b>00020420</b>	Impressão de Modelo 3D (um par)	185

#### **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. 000200370 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

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CHO</b>
<b>00030410</b>	Teste de risco de cárie	102
<b>84000252</b>	Teste de PH salivar	102
<b>84000244</b>	Teste de fluxo salivar	102
<b>81000111</b>	Coleta de amostra anatomopatológico por citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial	129
<b>82001103</b>	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	280
<b>82000239</b>	Biópsia de boca	280

## PREVENÇÃO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CHO
00040570	Prevenção (profilaxia, orientação de higiene bucal, aplicação de flúor, controle de placa bacteriana e tratamento de gengivite) (NORMAS: 50 e 51)	686
84000201	Remineralização (4 sessões) (P. inicial) (NORMA: 52)	300

### 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	CHO
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado (NORMAS: 100 e 101)	90
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras (NORMAS: 100 e 102)	93

<b>84000058</b>	Aplicação de selante - técnica invasiva (NORMAS: 100 e 102)	109
<b>84000031</b>	Aplicação de cariostático (NORMAS: 100)	86
<b>84000201</b>	Remineralização (fluorterapia) (4 sessões) (P. Inicial) (NORMAS: 100 e 103)	300
<b>85100242</b>	Adequação do meio bucal (com ionômero de vidro ou IRM) (por hemiarco) (NORMA: 100)	172
<b>85100161</b>	Restauração em ionômero de vidro até 4 faces (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	154
<b>00051090</b>	Restauração preventiva (ionômero + selante) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	156
<b>83000046</b>	Coroa de aço em dente decíduo – Rx inicial periapical e Rx final interproximal (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	326
<b>85100013</b>	Capeamento pulpar direto (NORMAS: 100 e 109)	179
<b>85200085</b>	Restauração temporária / tratamento expectante (NORMA: 100)	120
<b>85200042</b>	Pulpotomia (P. Final exigida apenas para dentes permanentes - Rx periapical inicial e Rx periapical final) (NORMA: 100 e 110)	206
<b>83000151</b>	Tratamento endodôntico em dente decíduo – Rx final periapical (P. Final) (NORMA: 100)	372
<b>83000089</b>	Exodontia simples de decíduo (NORMA: 100)	117
<b>83000097</b>	Mantenedor de espaço fixo (P. Final com mantenedor) (NORMAS: 100 e 104)	543

<b>83000100</b>	Mantenedor de espaço removível (P. Final com mantenedor) (NORMAS: 100 e 104)	840
<b>00051400</b>	Placa de proteção oclusal (P. Final com a placa) (NORMAS: 100)	840
<b>00051410</b>	Ajuste oclusal para placa de proteção oclusal - Poderão ser pagos até 2 (dois) ajustes para a placa. (NORMAS: 100)	280
<b>86000551</b>	Plano inclinado (P. Final com plano) (NORMA: 100)	460
<b>81000014</b>	Condicionamento em Odontologia (por sessão, máximo: 3) (NORMA: 100)	130
<b>82001715</b>	Ulotomia (NORMA: 100)	185
<b>82001707</b>	Ulectomia (NORMA: 100)	204
<b>85100099</b>	Restauração de amálgama 1 face (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	137
<b>85100102</b>	Restauração de amálgama 2 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	172
<b>85100110</b>	Restauração de amálgama 3 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	202
<b>85100129</b>	Restauração de amálgama 4 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	247

<b>85100196</b>	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	200
<b>85100200</b>	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	263
<b>85100218</b>	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	325
<b>85100226</b>	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	363
<b>85100064</b>	Faceta direta em resina fotopolimerizável (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	400
<b>85400211</b>	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (P. Inicial) (NORMAS: 100)	228
<b>85100234</b>	Tratamento de fluorose - microabrasão (por elemento) (NORMA: 100)	220
<b>82001251</b>	Reimplante dentário com contenção (por elemento) – Rx periapical final (P. Final) (NORMA: 100)	435
<b>87000164</b>	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 100, 108)	700
<b>87000180</b>	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 100 e 108)	700
<b>82001642</b>	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM (NORMA: 100)	220
<b>82000883</b>	Frenulectomia labial (P. Inicial) (NORMA: 100)	328

<b>82000891</b>	Frenulectomia lingual (P. Inicial) (NORMA: 100)	328
<b>82000026</b>	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia (1 por orçamento, desde que haja procedimento cirúrgico previsto) (NORMA: 100)	167
<b>82001502</b>	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica – Rx periapical inicial (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 100)	594
<b>85100048</b>	Colagem de fragmentos dentários (por elemento) (P. Final) (NORMAS: 100 e 106)	335
<b>85100250</b>	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo) (NORMAS: 100)	160
<b>00051420</b>	Sessão de laserterapia para tratamento de mucosite (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo) (NORMAS: 100)	320
<b>00051430</b>	Terapia Fotodinâmica (PDT) (Perícia inicial com Laudo) (norma 100)	250

#### **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, fôssulas 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

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CHO</b>
<b>85100099</b>	Restauração de amálgama – 1 face (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	137
<b>85100102</b>	Restauração de amálgama – 2 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	172

<b>85100110</b>	Restauração de amálgama – 3 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	202
<b>85100129</b>	Restauração de amálgama – 4 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	247
<b>00062040</b>	Restauração de amálgama PIN – Rx final periapical (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	261
<b>85100196</b>	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	200
<b>85100200</b>	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	263
<b>85100218</b>	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	325
<b>85100226</b>	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	363
<b>85100064</b>	Faceta direta em resina fotopolimerizável (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	400
<b>00062090</b>	Fechamento de diastema (por faces: mesial e/ou distal, máximo 2 por elemento) (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	400
<b>00062095</b>	Reanatomização (por elemento) (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203 e 215)	510
<b>85400211</b>	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (P. Inicial) (NORMA: 204)	228
<b>00062500</b>	Recuperação de guia canina (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202	363

	e 203)	
<b>85400025</b>	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (por sessão, máximo de 3) (P.Inicial) (NORMAS: 205 e 206)	167
<b>00062160</b>	Pinos de retenção – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	40
<b>85100234</b>	Tratamento de fluorose – microabrasão (por elemento)	220
<b>85200018</b>	Clareamento de dente desvitalizado – Rx periapical inicial (P. Inicial) (NORMA: 218)	493
<b>85100161</b>	Restauração em ionômero de vidro até 4 faces (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	154
<b>85400505</b>	Remoção de trabalho protético	102
<b>87000059</b>	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)	326
<b>85400076</b>	Coroa provisória (P. Inicial) (NORMAS: 202 e 209)	224
<b>00062215</b>	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)	460
<b>85200026</b>	Preparo para núcleo intrarradicular	135
<b>85200077</b>	Remoção de núcleo intrarradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	298

<b>85300055</b>	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) – identificação obrigatória no odontograma (2 arcadas) (P. Inicial) (NORMA: 207)	163
<b>85200085</b>	Restauração temporária / tratamento expectante	120
<b>85100013</b>	Capejamento pulpar direto (NORMA: 216)	179
<b>85400475</b>	Reembasamento de coroa provisória (máximo: 2 por elemento) (NORMA: 209)	91
<b>85400467</b>	Recimentação de trabalhos protéticos (NORMA: 214)	150
<b>00051400</b>	Placa de proteção oclusal (P. Final com a placa) (NORMA: 212)	840
<b>00051410</b>	Ajuste oclusal para placa de proteção oclusal - Poderão ser pagos até 2 (dois) ajustes para a placa. (NORMA: 213)	280
<b>84000074</b>	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	93
<b>84000058</b>	Aplicação de selante – técnica invasiva	109
<b>85100242</b>	Adequação do meio bucal (com ionômero de vidro ou IRM) (por hemiarco)	172
<b>85400530</b>	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)	1241
<b>85400548</b>	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)	1241

<b>85400513</b>	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)	1958
<b>85400521</b>	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)	1958

<b>85400114</b>	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)	985
<b>85400556</b>	Restauração metálica fundida – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	570
<b>85400181</b>	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)	1798
<b>85400157</b>	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)	1869
<b>85400149</b>	Coroa total metálica – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202, 203, 205, 206 e 208)	842
<b>85400106</b>	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)	2100
<b>85400262</b>	Pino pré-fabricado (fibra de carbono, fibra de vidro ou metálico) – Rx inicial periapical e Rx final periapical (P. Inicial e P. Final)	386
<b>85400220</b>	Núcleo metálico fundido – Rx inicial periapical e Rx final periapical anterior à cimentação da peça protética (P. Inicial e P. Final)	401
<b>87000164</b>	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 211)	700
<b>87000180</b>	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 211)	700
<b>82001642</b>	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	220

<b>82001251</b>	Reimplante dentário com contenção (por elemento) – Rx periapical final (P. Final)	435
<b>85100048</b>	Colagem de fragmentos dentários (por elemento) (P. Final) (NORMA: 202)	335
<b>85300012</b>	Dessensibilização dentária (por segmento, até 6)	106
<b>85300055</b>	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) (2 arcadas) (identificação obrigatória no odontograma) (P. Inicial) (NORMA: 207)	163
<b>85100250</b>	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	160
<b>85200042</b>	Pulpotomia (P. Final exigida apenas para dentes permanentes - Rx periapical inicial e Rx periapical final) (NORMA: 217)	206

#### **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 de grau 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	CHO
<b>85200166</b>	Tratamento endodôntico unirradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305 e 308)	491
<b>85200140</b>	Tratamento endodôntico birradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305, 307 e 308)	583
<b>85200158</b>	Tratamento endodôntico multirradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305, 307 e 308)	944
<b>85200115</b>	Retratamento endodôntico unirradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305 e 308)	529
<b>85200093</b>	Retratamento endodôntico birradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305, 307 e 308)	727
<b>85200107</b>	Retratamento endodôntico multirradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305, 307 e 308)	1233
<b>85200123</b>	Tratamento de perfuração endodôntica – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 302, 304, 305 e 308)	339
<b>85200077</b>	Remoção de núcleo intrarradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	298
<b>85100013</b>	Capecamento pulpar direto (NORMA: 309)	179

<b>85200042</b>	Pulpotomia (P. Final exigida apenas para dentes permanentes - Rx periapical inicial e Rx periapical final) (NORMA: 310)	206
<b>85200018</b>	Clareamento de dente desvitalizado – Rx periapical inicial (P. Inicial) (NORMA: 303)	493
<b>85200026</b>	Preparo para núcleo intrarradicular	135
<b>85200131</b>	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta – Rx periapical inicial e Rx periapical final (por sessão, máximo: 6) (P. Inicial e P. Final)	203
<b>85100056</b>	Curativo de demora em endodontia (por sessão, máximo 02 por dente)	267
<b>85200050</b>	Remoção de corpo estranho intracanal – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	233
<b>82001030</b>	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	300
<b>85400505</b>	Remoção de trabalho protético	102
<b>85400076</b>	Coroa provisória (P. Inicial)	224
<b>85400211</b>	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (P. Inicial)	228
<b>85200085</b>	Restauração temporária / tratamento expectante	120
<b>82000182</b>	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	461

<b>82000174</b>	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	528
<b>82000085</b>	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	546
<b>82000077</b>	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	616
<b>82000166</b>	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	632
<b>82000158</b>	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	702
<b>00084390</b>	Tratamento regenerativo com uso de barreira (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final com etiqueta <b>original</b> da barreira)	1200
<b>00084400</b>	Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final com etiqueta <b>original</b> do material enxertante)	1111
<b>87000164</b>	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 306)	700
<b>87000180</b>	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 306)	700
<b>82001642</b>	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	220
<b>82000026</b>	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	167

	(1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico)	
<b>85100250</b>	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	160
<b>00073400</b>	Terapia Fotodinâmica Intracanal (PDT) (Perícia inicial com Laudo)	250

#### 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	CHO
<b>00084000</b>	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)	175
<b>00084010</b>	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)	236
<b>00084600</b>	Manutenção de tratamento periodontal (para <b>periodontite avançada</b> ) (a cada 6 meses)	440
<b>84000163</b>	Controle de biofilme (placa bacteriana) - por sessão, máximo de: 2 para periodontite leve e 3 para avançada.	75
<b>85300063</b>	Tratamento de abscesso periodontal agudo (por elemento)	209
<b>85300071</b>	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA (duas arcadas)	704
<b>00084035</b>	Tratamento da periodontite ulcerativa necrosante aguda (duas arcadas)	1575
<b>85300012</b>	Dessensibilização dentária (por segmento, até 6)	106
<b>85300020</b>	Imobilização dentária em dentes permanentes (por segmento, até 6) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 404)	290
<b>85400025</b>	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (por sessão, máximo 3) (P. Inicial) (NORMA: 405)	167

<b>85300055</b>	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) (2 arcadas) (identificação obrigatória no odontograma) (P. Inicial) (NORMA: 406)	163
<b>00084090</b>	Proservação pré cirúrgica (1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico) (NORMAS: 403)	168
<b>82000921</b>	Gengivectomia (por segmento) (P. Inicial) (NORMA: 407)	365
<b>82000336</b>	Cirurgia odontológica a retalho (por segmento) (P. Inicial) (NORMAS: 403, 407 e 416)	390
<b>82001464</b>	Sepultamento radicular (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 407 e 408)	386
<b>82000557</b>	Cunha proximal (por elemento) (P. Inicial) (NORMAS: 407 e 412)	362
<b>82000190</b>	Aprofundamento/aumento de vestibulo (por segmento) (P. Inicial) (NORMA: 407)	401
<b>82000689</b>	Enxerto pediculado (por elemento) (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	385
<b>82000662</b>	Enxerto gengival livre (por elemento) (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	456
<b>82000646</b>	Enxerto conjuntivo subepitelial (por elemento; inclui a área doadora e receptora) (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	570
<b>82000883</b>	Frenulectomia labial (P. Inicial)	328
<b>82000891</b>	Frenulectomia lingual (P. Inicial)	328

<b>82000298</b>	Bridectomia (P. Inicial)	328
<b>82001073</b>	Hemi-secção (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 408 e 415)	372
<b>82000069</b>	Amputação radicular sem obturação retrógrada (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 407 e 408)	466
<b>82000050</b>	Amputação radicular com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 407 e 408)	534
<b>82000026</b>	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia (1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico) (NORMAS: 403 e 407)	167
<b>82001669</b>	Tratamento odontológico regenerativo com enxerto de osso autógeno – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 407 e 411)	745
<b>82000212</b>	Aumento de coroa clínica (por elemento) – Rx periapical inicial (P. Inicial) (NORMA: 407)	376
<b>82000875</b>	Exodontia simples de permanente – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 408 e 412)	201
<b>82000816</b>	Exodontia a retalho – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 408 e 412)	261
<b>82000859</b>	Exodontia de raiz residual (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 408 e 412)	205
<b>82001286</b>	Remoção de dentes inclusos / impactados – Rx periapical inicial e Rx periapical final – aceita-se panorâmica (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 408 e 412)	498

<b>82000034</b>	Alveoloplastia (por segmento) (P. Inicial) (NORMA: 413)	350
<b>82001715</b>	Ulotomia	185
<b>82001707</b>	Ulectomia	204
<b>82001030</b>	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	300
<b>82000182</b>	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	461
<b>82000174</b>	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	528
<b>82000085</b>	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	546
<b>82000077</b>	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	616
<b>82000166</b>	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	632
<b>82000158</b>	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	702
<b>00084390</b>	Tratamento regenerativo com uso de barreira (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final com etiqueta <b>original</b> da barreira) (NORMAS: 407, 410 e 411)	1200

<b>00084400</b>	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)	1111
<b>82001103</b>	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	280
<b>82000239</b>	Biópsia de boca	280
<b>00084415</b>	Retorno para acompanhamento de lesão bucal (máximo: 3 sessões)	130
<b>82000794</b>	Exérese ou excisão de mucocele	380
<b>00084500</b>	Halitometria	566
<b>84000244</b>	Teste de fluxo salivar	102
<b>84000252</b>	Teste de PH salivar	102
<b>81000219</b>	Diagnóstico e tratamento de halitose (NORMA: 409)	1820
<b>87000164</b>	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 414)	700
<b>87000180</b>	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 414)	700
<b>82001642</b>	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	220
<b>82001502</b>	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica – Rx periapical	594

	inicial (P. Inicial e P. Final)	
<b>00084610</b>	Tratamento de alveolite	160
<b>85100250</b>	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	160
<b>00051420</b>	Sessão de laserterapia para tratamento de mucosite (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	320
<b>00051430</b>	Terapia Fotodinâmica (PDT) (Perícia inicial com Laudo)	250
<b>00084620</b>	Remoção e recimentação de peças protéticas	150

#### 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 degraú 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 halitometria, 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	CHO
<b>85400599</b>	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)	221
<b>81000243</b>	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)	240
<b>00105025</b>	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)	219
<b>85400025</b>	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (por sessão, máximo de 3) (P. Inicial) (NORMA: 500)	167
<b>85400556</b>	Restauração metálica fundida – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 508 e 512)	570
<b>85400505</b>	Remoção de trabalho protético	102
<b>85400467</b>	Recimentação de trabalhos protéticos (NORMA: 512)	150
<b>85400220</b>	Núcleo metálico fundido – Rx periapical inicial e Rx periapical final anterior à cimentação da peça protética (P. Inicial e P. Final)	401
<b>87000059</b>	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)	326

<b>85400076</b>	Coroa provisória (P. Inicial) (NORMA: 506)	224
<b>00062215</b>	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)	460
<b>85400475</b>	Reembasamento de coroa provisória (máximo: 2 por elemento) (NORMA: 506)	91
<b>85400106</b>	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)	2100
<b>85400181</b>	Faceta em cerâmica pura (só até <b>pré-molar</b> ) – Rx periapical inicial (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 503, 505, 507, 508 e 512)	1798
<b>85400157</b>	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)	1869
<b>85400149</b>	Coroa total metálica – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 508 e 512)	842
<b>85400394</b>	Prótese parcial removível <b>provisória</b> em acrílico com ou sem grampos (P. Inicial)	1609
<b>85400386</b>	Prótese parcial removível com grampos bilateral (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 508)	2947
<b>85400483</b>	Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório) (P. Final)	577
<b>85400491</b>	Reembasamento de prótese total ou parcial – mediato (em laboratório)	577

<b>85400408</b>	Prótese total (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 508)	2748
<b>85400610</b>	Prótese total caracterizada (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 508)	4122
<b>85400416</b>	Prótese total imediata (P. Inicial)	2340
<b>00051400</b>	Placa de proteção oclusal (P. Final com a placa) (NORMA: 510)	840
<b>00051410</b>	Ajuste oclusal para placa de proteção oclusal - Poderão ser pagos até 2 (dois) ajustes para a placa. (NORMA: 511)	280
<b>00105380</b>	Conserto em prótese total ou parcial	331
<b>00105385</b>	Reparo ou substituição de dentes em prótese total ou parcial	160
<b>85200085</b>	Restauração temporária / tratamento expectante	120
<b>85200026</b>	Preparo para núcleo intrarradicular (NORMA: 504)	135
<b>85400513</b>	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)	1958
<b>85400521</b>	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)	1958
<b>85400530</b>	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)	1241
<b>85400548</b>	Restauração em cerômero – inlay – Rx periapical inicial e Rx	1241

	interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	
<b>85400114</b>	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)	985
<b>85400262</b>	Pino pré-fabricado (fibra de carbono, fibra de vidro ou metálico) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	386
<b>85400211</b>	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (P. Inicial) (NORMA: 502)	228
<b>85200077</b>	Remoção de núcleo intrarradicular – Rx inicial periapical e Rx final periapical (P. Inicial e P. Final)	298
<b>87000164</b>	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (Perícia inicial com laudo) (NORMA: 509)	700
<b>87000180</b>	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (Perícia inicial com laudo) (NORMA: 509)	700
<b>82001642</b>	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	220
<b>85100250</b>	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	160
<b>00051430</b>	Terapia Fotodinâmica (PDT) (Perícia inicial com Laudo)	250

**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	CHO
<b>82000875</b>	Exodontia simples de permanente – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600, 602, 607 e 612)	201
<b>82000816</b>	Exodontia a retalho – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600, 602, 607 e 612)	261
<b>82000859</b>	Exodontia de raiz residual (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600, 602, 607 e 612)	205
<b>82000034</b>	Alveoloplastia (por segmento) (P. Inicial) (NORMA: 609)	350
<b>82001715</b>	Ulotomia	185
<b>82001707</b>	Ulectomia	204
<b>82001502</b>	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica – Rx periapical inicial (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	594
<b>82000182</b>	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	461
<b>82000174</b>	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	528
<b>82000085</b>	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	546

<b>82000077</b>	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	616
<b>82000166</b>	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	632
<b>82000158</b>	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	702
<b>82000883</b>	Frenulectomia labial (P. Inicial)	328
<b>82000891</b>	Frenulectomia lingual (P. Inicial)	328
<b>82000212</b>	Aumento de coroa clínica (por elemento) – Rx periapical inicial (P. Inicial)	376
<b>82000298</b>	Bridectomia (P. Inicial)	328
<b>82001286</b>	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)	498
<b>82000786</b>	Exérese ou excisão de cistos odontológicos – Rx periapical inicial ou outro adequado a verificação da lesão (P. Inicial) (NORMA: 601)	655
<b>82000794</b>	Exérese ou excisão de mucocele (NORMA: 601)	380
<b>82001103</b>	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial (NORMA: 601)	280
<b>82000808</b>	Exérese ou excisão de rânula (P. Inicial) (NORMA: 601)	1500
<b>82000239</b>	Biópsia de boca (NORMA: 601)	280

<b>82001251</b>	Reimplante dentário com contenção (por elemento) – Rx periapical final (P. Final)	435
<b>82000026</b>	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia (1 por orçamento, desde que haja procedimento cirúrgico previsto)	167
<b>82001030</b>	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	300
<b>87000164</b>	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 610)	700
<b>87000180</b>	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. inicial com laudo) (NORMA: 610)	700
<b>00084400</b>	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)	1111
<b>82001464</b>	Sepultamento radicular (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 600)	386
<b>82000557</b>	Cunha proximal (por elemento) (P. Inicial) (NORMA: 608)	362
<b>82001073</b>	Hemi-secção (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600 e 611)	372
<b>82000069</b>	Amputação radicular sem obturação retrógrada (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA:	466

	600)	
<b>82000050</b>	Amputação radicular com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 600)	534
<b>82001642</b>	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	220
<b>82001197</b>	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM) – Rx inicial (P. Inicial)	860
<b>82001510</b>	Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal (P. Inicial)	589
<b>82001529</b>	Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal (P. Inicial)	589
<b>82001596</b>	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial – Rx inicial (P. Inicial) (NORMA: 604)	490
<b>82001618</b>	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (P. Inicial) (NORMA: 605)	929
<b>82001634</b>	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução – Rx inicial (P. Inicial) (NORMA: 606)	1445
<b>00097000</b>	Cirurgia de torus unilateral (P. Inicial)	400
<b>00097010</b>	Cirurgia de torus bilateral (P. Inicial)	580
<b>00097020</b>	Redução cruenta (fratura alveolodentária) (P. Final)	500
<b>00097030</b>	Redução incruenta (fratura alveolodentária) (P. Final)	290

<b>00097040</b>	Sulcoplastia (por segmento) (P. Inicial)	380
<b>00084610</b>	Tratamento de alveolite	160
<b>85100250</b>	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	160
<b>00051430</b>	Terapia Fotodinâmica (PDT) (Perícia inicial com Laudo)	250

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

**612)** A radiografia final das exodontias deve mostrar toda a loja cirúrgica.

## URGÊNCIAS

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CHO</b>
<b>81000049</b>	Consulta odontológica de Urgência (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	169
<b>81000057</b>	Consulta odontológica de Urgência 24 hs (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	303
<b>81000421</b>	Radiografia periapical (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	27
<b>00117330</b>	Restauração temporária / tratamento expectante (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	120
<b>00117040</b>	Aplicação de carióstático (4 hemiarcos) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	86
<b>00117340</b>	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face (P. Final) (NORMAS: 700,	200

	701, 702, 703, 704, 705 e 708)	
<b>00117350</b>	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 704, 705 e 708)	263

<b>00117360</b>	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 704, 705 e 708)	325
<b>00117370</b>	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 704, 705 e 708)	363
<b>00117080</b>	Faceta direta em resina fotopolimerizável (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 704, 705 e 708)	400
<b>00117085</b>	Colagem de fragmentos dentários (por elemento) (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 704)	335
<b>00117380</b>	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (só para dentes com endodontia) (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	228
<b>00117100</b>	Reimplante dentário com contenção (por elemento) Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 704)	435
<b>00117110</b>	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 706)	167
<b>00117115</b>	Remoção de trabalho protético (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	102
<b>00117390</b>	Coroa provisória (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	224
<b>00117130</b>	Recimentação de trabalhos protéticos (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	150
<b>00117410</b>	Capeamento pulpar direto (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	179
<b>00117160</b>	Pulpotomia (P. Final exigida apenas para dentes permanentes - Rx periapical inicial e Rx periapical final) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	206

<b>00117170</b>	Tratamento endodôntico em dente decíduo – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	372
<b>00117180</b>	Pulpectomia (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	216
<b>00117420</b>	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	300
<b>00117210</b>	Exodontia simples de decíduo (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 707)	117
<b>00117220</b>	Condicionamento em Odontologia (apenas um, referente à consulta de urgência) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	130
<b>00117230</b>	Exodontia simples de permanente – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 707 e 709)	201
<b>00117240</b>	Exodontia a retalho – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 707 e 709)	261
<b>00117250</b>	Exodontia de raiz residual (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 707)	205
<b>00117260</b>	Remoção de dentes inclusos / impactados – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 707 e 709)	498
<b>00117280</b>	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	167
<b>00117300</b>	Tratamento de abscesso periodontal agudo (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	209
<b>00117310</b>	Conserto em prótese total ou parcial (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	331

<b>00117320</b>	Reparo ou substituição de dentes em prótese total ou parcial (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	160
<b>00117500</b>	Sutura de mucosa com ou sem aplicação de hemostático (NORMAS: 700,701, 702 e 703)	350
<b>00117450</b>	Imobilização dentária com resina foto (por segmento) (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	290
<b>00118000</b>	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos (P. Inicial) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	1609
<b>00118010</b>	Redução cruenta (fratura alveolodentária) (P. Final)	500
<b>00118020</b>	Redução incruenta (fratura alveolodentária) (P. Final)	290
<b>00118030</b>	Tratamento de alveolite	160
<b>00117510</b>	Aplicação de laser terapêutico (máximo 1 sessão)	160
<b>00118040</b>	Terapia Fotodinâmica (PDT)	250

**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

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>CHO</b>
<b>00128010</b>	Avaliação para diagnóstico e plano de tratamento de DTM (A. Inicial, com laudo) (NORMAS: 800 e 801)	535
<b>00128020</b>	Tratamento de DTM (A. Inicial com laudo e A. Final com relatório e órtese) (NORMAS: 800, 802, 803, 804 e 805)	2640
<b>00128030</b>	Manutenção <u>mensal</u> do tratamento de DTM (por sessão – até 6 sessões) (P. Inicial com relatório) (NORMAS: 800 e 803)	206
<b>00128040</b>	Administração e infiltração de fármacos (P. Inicial com laudo) (NORMAS: 800)	130

<b>00128050</b>	Sessões de laserterapia (por sessão – máximo 05 sessões por articulação) (P. inicial com laudo) (NORMAS: 800)	160
<b>00051400</b>	Placa de proteção oclusal (P. Final com a placa) (NORMA: 804 e 805)	840
<b>00051410</b>	Ajuste oclusal para placa de proteção oclusal - Poderão ser pagos até 2 (dois) ajustes para a placa. (NORMA: 805)	280

### **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.