



MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO
Programa de Saúde e Assistência Social
PLAN-ASSISTE

LISTA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

REGULAMENTO GERAL
2007

APRESENTAÇÃO

A presente lista de procedimentos Odontológicos 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 disposições gerais e específicas de cada capítulo da lista, ao Regulamento Geral do PLAN-ASSISTE e à regulamentação específica da assistência odontológica.

A atual lista amplia o rol de procedimentos cobertos pelo Programa, inovando, entre outros procedimentos, com a cobertura de tomografias computadorizadas e a inclusão da especialidade de Prótese, buscando com isso, proporcionar os meios necessários para o diagnóstico, a prevenção e a recuperação da saúde bucal de nossos beneficiários.

DISPOSIÇÕES GERAIS

1. A concessão de benefícios relativos a serviços odontológicos será efetuada com base nesta lista.
2. Os valores em CHO previstos nesta lista, terão seu valor aprovado pelo Conselho Gestor do Plan-Assiste e serão idênticos para todo o Ministério Público da União.
3. Independentemente do valor do tratamento, poderá o Plan-Assiste, a seu critério exclusivo, determinar a realização de perícia, a qualquer momento do tratamento.
4. No regime de credenciamento, todo e qualquer atendimento far-se-á mediante a apresentação obrigatória da carteira de identificação emitida pelo Plan-Assiste e de documento de identificação do beneficiário. O Plan-Assiste não se responsabiliza por despesas relativas a procedimentos efetuados de maneira diferente da acima citada.
5. Para a realização do tratamento, o profissional deverá preencher o orçamento odontológico, em odontograma específico do Plan-Assiste (Anexo I), no qual serão indicados os procedimentos a ser executados, acompanhados dos respectivos códigos previstos na lista odontológica do Plan-Assiste, valores em CHO, dentes, faces e/ou regiões.
6. As considerações do perito devem ser acatadas. Se o profissional executante do tratamento discordar, deve fazê-lo por escrito e submeter o procedimento a nova avaliação pericial.
7. Na hipótese de atendimento em regime hospitalar, o tratamento será remunerado de acordo com esta lista, acrescido de 100% do valor do procedimento executado.
8. Nos casos previstos no item anterior, os honorários do instrumentador, do auxiliar odontológico e do anestesista, serão proporcionais a 10%, 30% e 40% respectivamente, ao valor pago ao cirurgião-dentista.
9. É vedado ao credenciado, sob pena de descredenciamento imediato, cobrar honorários, a qualquer título, diretamente dos beneficiários do Plan-Assiste por serviços que estejam previstos nesta Lista.
10. A cobrança do tratamento odontológico somente será efetuada após sua conclusão e mediante a assinatura do beneficiário e do perito no orçamento odontológico. A assinatura do perito será exigida somente nos casos em que a perícia for obrigatória, nos moldes desta tabela.
11. Os tratamentos devem ser realizados por profissionais com curso de especialização na área em questão.
12. Nas localidades em que não seja possível credenciar especialista, o Plan-Assiste pode credenciar clínico geral para atuar na área em questão, dando prioridade aos que possuem atualização na respectiva área.
13. No caso do tratamento **não ser aprovado na perícia final** por necessitar de reavaliação, reparação, substituição e/ou termo de responsabilidade, o perito deve preencher a ficha de "**Perícia Final Provisória**" (Anexo II) com detalhamento das pendências a serem sanadas pelo credenciado. Esta ficha será encaminhada ao Plan-Assiste.
14. No caso do tratamento **não ser aprovado na perícia final** por necessitar de reavaliação, reparação, substituição e/ou termo de responsabilidade, o beneficiário terá prorrogado em mais 5 dias úteis o prazo para retornar à perícia final, contados a partir da data do novo término de tratamento. Sendo que, o prazo máximo para execução da solicitação feita pela perícia é de 15 dias úteis a contar da data da perícia final não autorizada. Para procedimentos protéticos, este prazo pode ser prorrogado por mais 15 dias úteis. A tolerância máxima para reavaliação e adequação do procedimento à solicitação da perícia é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento caso esteja insatisfatório após essas duas oportunidades.
15. Quando o beneficiário optar por fazer o tratamento odontológico com profissional não credenciado (**livre escolha**) a rotina de perícias inicial e final segue os mesmos padrões

que para profissionais credenciados, com a diferença que o Plan-Assiste não se responsabiliza pelo tratamento, ou seja, a perícia final apenas verificará se o tratamento proposto foi executado ou não.

16. O Plan-Assiste não reterá qualquer radiografia de pacientes. Aquelas indispensáveis à perícia final serão analisadas e, em seguida, devolvidas ao paciente ou a seu responsável.
17. Tratamentos a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com **sedação** (código:1320) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico e circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.
18. Os procedimentos executados em pacientes com comprovada **deficiência mental** terão um acréscimo de 30% sobre o respectivo valor – base previsto nesta Lista de Procedimentos Odontológicos. Demais casos em que haja maiores dificuldades na prestação do atendimento devem, necessariamente, ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique o referido acréscimo.
19. As vistorias de clínicas odontológicas que desejam se credenciar ao Plan-Assiste não devem ser previamente agendadas.
20. O Plan-Assiste deve exigir 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.
21. Nas unidades em que se mostre inviável a execução de vistoria de instalações de clínica odontológica, o Plan-Assiste local pode solicitar à Inspeção de Saúde Municipal emissão de laudo de inspeção da clínica objeto do credenciamento. Excepcionalmente, o credenciamento poderá ser realizado apenas com Alvará e Licença de Funcionamento atualizados.
22. Cabe ao Plan-Assiste verificar a titularidade do profissional que preencheu e assinou o orçamento odontológico, bem como, regularidade de seu credenciamento junto ao plano.
23. Nas unidades em que as perícias sejam realizadas por profissional contratado, elas serão dispensadas para os tratamentos orçados em até 1850 CHO's. Entretanto, os pacientes podem optar pela realização de perícias.
24. Nas unidades em que seja inviável o credenciamento de perito odontológico, as perícias inicial e final estão liberadas, sendo que, o Plan-Assiste pode solicitar, a qualquer momento, avaliação pericial do tratamento.
25. O perito ou auditor 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 lacrado, que deve ser encaminhado a quem de direito (Código de Ética Odontológica, artigo 6º, inciso II).
26. É vedada a acumulação de credenciamento nas funções de perito/auditor e procedimentos terapêuticos odontológicos junto ao Plan-Assiste (Código de Ética Odontológica, artigo 6º, inciso III).

ORÇAMENTO ODONTOLÓGICO (Anexo I)

1. O **cabeçalho** deverá ser preenchido por completo, com todos os dados do beneficiário titular/dependente, bem como do profissional e/ou instituição credenciada.
2. O **odontograma** deve ser detalhadamente preenchido pelo profissional, que deverá assinalar todos os dentes que necessitem ser tratados, nas respectivas faces.
3. Na descrição dos serviços, será rigorosamente exigido que cada procedimento seja discriminado em linha própria, mesmo que ocorra igual procedimento para dentes diferentes ou que um mesmo dente necessite de procedimentos diversos.

4. Devem ser indicados os **dentes**, utilizando-se a numeração de dois dígitos em que o primeiro indica o quadrante e o segundo o próprio dente. Tanto para os permanentes (18, 17...21...28, 38...41...48) quanto para os decíduos (55...61...65, 75...82...85).
5. Será exigido que os procedimentos sejam anotados no orçamento seguindo a ordem dos dentes, iniciando-se pelo 18, 17...12, 11, 21, 22...28, 38, 37...32, 31, 41, 42...48. Ou seja, inicia-se pelo 1º quadrante, segue-se para o 2º, para o 3º e finaliza-se com o 4º quadrante.
6. Devem ser utilizados os códigos e valores de CHO desta Lista de Procedimentos Odontológicos.
7. As **faces** dos dentes a serem tratadas devem constar no orçamento representadas pela letra inicial da respectiva face (**M**= mesial, **D**= Distal, **O**= oclusal, **V**= vestibular, **P**= palatina e **L**= lingual).
8. É necessário o preenchimento das **datas** de início e de término do tratamento.
9. É obrigatória a assinatura e o **carimbo** do profissional nas três vias do orçamento.
10. O beneficiário, ou o seu responsável, deverá assinar o orçamento nas três vias.
11. O orçamento Odontológico deve ser preenchido completamente nas três vias, sendo que a 2ª permanece com o profissional. A 1ª e a 3ª vias serão enviadas para a perícia inicial juntamente com todas as radiografias, caso existam.
12. O beneficiário que se submeteu à perícia inicial, deverá comparecer à **perícia final**, quando exigida, portando a 1ª via do orçamento, e, caso necessário, as radiografias exigidas.
13. Quaisquer **alterações no plano de tratamento** devem ser comunicadas ao perito e se este achar necessário, o beneficiário deverá comparecer à **perícia intermediária**. No caso do perito dispensá-la, o profissional deverá justificar por escrito as alterações ocorridas, anotando o nome do perito e a data do contato.
14. As radiografias iniciais devem sempre ser encaminhadas à perícia inicial, quando o tratamento exigir perícia.
15. Serão exigidas **radiografias** com bom contraste, sem alongamento e sem cortes de partes essenciais à avaliação do tratamento.
16. As radiografias devem ser enviadas à perícia em cartão que contenha nome completo do paciente, nº do dente e data.
17. O orçamento odontológico deve seguir o modelo que segue anexo e se preciso, utilizar quantos forem necessários, sendo que devem conter datas idênticas, e ser numerado na região superior direita do formulário por exemplo: I/III, II/III e III/III.
18. A **perícia** odontológica pode solicitar ao profissional a qualquer tempo e com relação a qualquer trabalho, um **termo de responsabilidade** em relação aos procedimentos executado(s) em determinado dente, sob pena de glosa.
19. Quando as perícias inicial e final não forem obrigatórias, o beneficiário pode optar em fazê-las, mediante seu pagamento integral nos casos em que o perito não seja servidor do MPU.

DIAGNOSE e VISTORIA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
0110	Consulta inicial (NORMAS: 1, 7)	130
0115	Consulta de urgência em horário comercial (NORMAS: 2, 3, 4, 7, 8, 319)	130
0120	Consulta de urgência fora do horário comercial (NORMAS: 2, 3, 4, 7, 8, 319)	196
0130	Perícia inicial ou final (NORMA: 7)	100
0140	Falta não justificada à consulta (NORMAS: 5, 6, 7)	130
0150	Falta não justificada à perícia (NORMAS: 5, 6, 7)	100
0160	Vistoria de Instalações (NORMAS: 9, 10, 11, 12)	400

NORMAS:

1) Considera-se **consulta inicial** (cod. 0110) o primeiro atendimento para exame diagnóstico, anamnese e preenchimento completo do “Orçamento Odontológico”. 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, cimentação de prótese.

Nos atendimentos de urgência, a perícia inicial está dispensada e a perícia final é obrigatória nos casos em que for realizado algum procedimento.

A urgência não dispensa o profissional do preenchimento adequado do “Orçamento Odontológico”.

3) Considera-se **horário comercial**, aquele compreendido entre 8:00 h e 18:00 h de dias úteis.

4) Qualquer profissional credenciado poderá realizar atendimento de **urgência** (cod. 0115 e 0120), desde que seja comprovada, na perícia final, a natureza emergencial do atendimento, por meio de laudo e/ou radiografia(s).

Controle de qualidade: 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.

As radiografias devem ser enviadas à perícia em cartão que contenha nome completo do paciente, número do dente e data.

5) Considera-se **falta não justificada** (cod. 0140 e 0150) aquela em que o beneficiário não tenha desmarcado com pelo menos 4 horas de antecedência.

A **data e o horário da falta não justificada**, ou seja, da consulta agendada e não desmarcada com pelo menos 4 horas de antecedência, devem ser anotados no “Orçamento Odontológico”, no campo reservado às “Observações”. Esse registro deve ser **assinado** pelo paciente ou por seu responsável, sob pena de o Plan-Assiste não reconhecer a falta.

6) As **faltas não justificadas** (cod. 0140 e 0150) são de **custeio integral** do beneficiário.

7) A **obrigatoriedade** de execução de **perícia** inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento. Portanto, em caso de omissão não há necessidade de sua realização.

8) Os códigos 0115 e 0120 (Consultas de urgência) não excluem o código 3220.

9) As vistorias devem ser executadas conforme o “Formulário de Vistoria”, disponibilizado pelo Plan-Assiste.

10) As vistorias de clínicas odontológicas que desejam se credenciar ao Plan-Assiste não devem ser previamente agendadas.

11) O Plan-Assiste deve exigir 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.

12) Nas unidades em que se mostre inviável a execução de vistoria de instalações de clínica odontológica, o Plan-Assiste local pode solicitar à Inspeção de Saúde Municipal emissão de laudo de inspeção da clínica objeto do credenciamento. Excepcionalmente, o credenciamento poderá ser realizado apenas com Alvará e Licença de Funcionamento atualizados.

RADIOLOGIA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
0210	Rx periapical (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28)	25
0220	Rx interproximal ("bitewing") (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28)	25
0230	Rx oclusal (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	58
0240	Rx póstero-anterior (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	125
0250	Rx da ATM: 3 incidências (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	277
0260	Rx panorâmica (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	130
0270	Telerradiografia com traçado computadorizado (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	178
0280	Telerradiografia sem traçado (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	125
0290	Rx de mão (carpal) (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	151
0300	Modelos ortodônticos (par) (NORMA: 20, 33)	148
0310	"Slide" ou fotografia (máximo: 8 unidades) (NORMA: 20, 32)	26
0330	Documentação ortodôntica (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 29)	792
0340	Rx panorâmica com traçado (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24)	200
0355	Tomografia computadorizada: 1 segmento (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31, 34, 35)	512
0360	Tomografia computadorizada: 2 segmentos (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31, 34, 35)	947
0365	Tomografia computadorizada: 3 segmentos (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31, 34, 35)	1300
0366	Tomografia computadorizada: 4 segmentos (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31, 34, 35)	1740
0367	Tomografia computadorizada: 5 segmentos (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31, 34, 35)	2176
0368	Tomografia computadorizada: 6 segmentos(boca inteira)(NORMAS:20, 21, 22, 23, 24, 30, 31, 34, 35)	2611
0370	Tomografia computadorizada: 1 ATM (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31)	512
0375	Tomografia computadorizada: 2 ATM's (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31)	972
0380	Tomografia computadorizada: 1 seio da face (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31)	460
0385	Tomografia computadorizada: 2 seios da face (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31)	874

NORMAS:

20) A **obrigatoriedade** de execução de **perícia** inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, ou seja, em caso de omissão não há necessidade de sua realização.

21) 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.

22) 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.

23) A **obrigatoriedade** de apresentação de **radiografia à perícia**, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

24) A **perícia** poderá, sempre que entender necessário, **solicitar** exames complementares e laudos técnicos para avaliação ou esclarecimento de dúvidas sobre qualquer procedimento, ou mesmo para diagnóstico e plano de tratamento.

25) O **exame** radiográfico **completo** em **adulto** compreende, no máximo:

14 películas periapicais e 04 películas interproximais.

26) O **exame** radiográfico **completo** em **criança** compreende, no máximo:
10 películas periapicais e 02 películas interproximais.

27) As clínicas não especializadas em radiologia devem respeitar o seguinte **limite** máximo de radiografias por especialidade:

Odontopediatria: 2 Rx periapicais (cod. 210);
2 Rx interproximais (cod. 220).

Dentística: 2 Rx periapicais (cod. 210);
4 Rx interproximais (cod. 220).

Endodontia: 5 Rx periapicais (cod. 210) por dente.

Exodontia: 2 Rx periapicais (cod. 210) por dente (inicial/final).

28) Exame radiográfico que ultrapasse os limites estabelecidos nas normas anteriores (25, 26 e 27) deverá ser, obrigatoriamente, executado em clínica radiológica e acompanhado de laudo de radiologista.

29) Protocolo de **documentação ortodôntica** (cod. 0330): 1 radiografia panorâmica, 1 telerradiografia com traçado, 1 par de modelos de gesso, 8 fotografias e/ou “slides”.

30) Protocolo de **tomografias computadorizadas** (cods. 0350 a 0385): radiografia ou imagem panorâmica, imagem em 3D, imagem axial e cortes transaxiais da(s) área(s) sob investigação, além de CD com todas as imagens obtidas.

31) As **tomografias computadorizadas** (cods. 0350 a 0385) são exames complementares e específicos, e devem ser feitas em clínicas radiológicas da área de odontologia.

32) As **fotografias** limitam-se a 8 para documentação ortodôntica e 4 para o acompanhamento de lesão bucal, com ou sem a realização de biópsia.

33) Não será autorizada a confecção de placa miorelaxante para clínicas radiológicas.

34) Entende-se por **segmento** a área de canino a canino, ou de primeiro pré-molar a terceiro molar. Portanto, cada arcada possui três segmentos.

35) Para as **tomografias** computadorizadas, o limite **máximo** é de **3 segmentos por arcada**.

TESTES E EXAMES LABORATORIAIS

Código	PROCEDIMENTO	CHO
0410	Teste de risco de cárie (NORMA: 40)	100
0415	Teste de pH salivar (NORMA: 40)	100
0420	Teste de fluxo salivar (NORMA: 40)	100
0421	Exame citopatológico oncótico de líquidos e raspados ou “imprint” de lesões bucais (NORMA: 40)	117

0422	Exame anatomopatológico pré-operatório com deslocamento da peça ao laboratório (NORMA: 40)	275
0423	Exame anatomopatológico por órgão, biópsia, biópsia aspirada ou cell block (NORMA: 40)	175
0424	Revisão de lâmina (NORMA: 40)	216
0425	Painel de Imuno-histoquímica (imunoperoxidase e imunofluorescência) para diagnóstico diferencial de neoplasias (NORMA: 40)	1.300
0426	Painel de Imuno-histoquímica (imunoperoxidase e imunofluorescência) para determinação de prognóstico de neoplasias (NORMA: 40)	1.300
0427	Exame anatomopatológico pré-operatório com acompanhamento do patologista em sala cirúrgica (NORMA: 40)	396
0428	Cultura para bactérias anaeróbicas (NORMA: 40)	63

NORMAS:

40) A **obrigatoriedade** de execução de **perícia** inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, ou seja, em caso de omissão não há necessidade de sua realização.

PREVENÇÃO

Código	PROCEDIMENTO	CHO
0510	Profilaxia (NORMAS: 50, 51, 52, 53, 54)	136
0520	Orientação de Higiene Oral e de dieta alimentar (NORMAS: 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56)	84
0530	Aplicação de flúor (NORMAS: 50, 51, 52, 53, 54)	75
0540	Controle de placa bacteriana (NORMAS: 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57)	73
0550	Tratamento de gengivite (2 hemiarçadas) (NORMAS: 50, 51, 52, 53, 54, 58, 59, 404, 405)	176
0560	Remineralização (fluorterapia) (4 sessões) (P. inicial) (NORMAS: 50, 51, 52, 60)	300

NORMAS:

50) A **obrigatoriedade** de execução de **perícia** inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento. Portanto, em caso de omissão não há necessidade de sua feita.

No caso do tratamento **não** ser **aprovado** na **perícia final** por necessitar de reavaliação, reparação, substituição e/ou termo de responsabilidade, o beneficiário terá prorrogado em mais 5 dias úteis o prazo para retornar à perícia final, contados a partir da data do novo término do tratamento. Sendo que o prazo máximo para execução da solicitação feita pela perícia é de 15 dias úteis a contar da data da perícia final não-autorizada. A tolerância máxima para reavaliação e adequação do procedimento à solicitação da perícia é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento caso esteja insatisfatório após essas duas oportunidades.

51) Os procedimentos da área de prevenção (cods. 0510 a 0560) não serão autorizados aos profissionais da área de endodontia, exceto nas localidades em que não houver especialistas de outras áreas credenciados.

52) Os procedimentos de **prevenção** só serão autorizados **a cada 06 meses.**

Exceção: para pacientes em tratamento ortodôntico ou de alto risco de cárie, desde que a perícia inicial autorize com base em laudo do profissional que solicitar e justificar a necessidade de menor intervalo de tempo.

53) Pacientes com necessidade de **controle periodontal** em intervalos inferiores a 6 meses devem, obrigatoriamente, ser encaminhados ao especialista em periodontia.

54) Os códigos 0510, 0520, 0530, 0540 e 0550 não serão autorizados para outra especialidade quando for previsto tratamento periodontal simultâneo.

55) A orientação de higiene oral e de dieta alimentar (**OHO**) (cod. 520) somente será autorizada pelo Plan-Assiste se houverem sido fornecidos ao paciente técnica de escovação e do uso de fio dental, como também orientação quanto à qualidade e frequência da dieta.

56) A orientação de higiene oral (**OHO**) (cod.0520) e o controle de placa bacteriana (**CPB**) (cod. 0540), só serão pagos sem autorização pericial se, no campo “Observações” do “Orçamento Odontológico”, constar a **ciência** (assinatura) do paciente ou de seu responsável, confirmando a execução dos referidos procedimentos. A coleta desta ciência compete ao profissional que realizar os procedimentos.

57) O controle de placa bacteriana (**CPB**) (cod. 0540) somente será autorizado pelo Plan-Assiste, se houver sido feita a revelação de placa bacteriana com corante específico, conforme informação prestada pelo paciente à perícia final ou por sua assinatura de ciência de de acordo com a norma 56 nos casos em que não haja perícia final.

58) Considera-se **Gengivite** (cod. 0550) a doença periodontal, com ou sem sangramento gengival, na qual os sulcos gengivais medem até 3 mm de profundidade à **sondagem**. (Diagnósticos diferenciais: periodontite leve: norma 404, periodontite avançada: norma 405).

59) Para pacientes com **gengivite** será autorizado apenas **1** controle de placa bacteriana (**CPB**) (cod. 0540) por tratamento.

60) A **remineralização** (cod. 0560) será autorizada com o objetivo de reverter lesões brancas iniciais de cárie. A perícia inicial é obrigatória.

ODONTOPEDIATRIA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
1010	Aplicação de verniz de flúor (4 hemiarcos) (NORMAS: 100, 102, 104, 105)	88
1020	Aplicação de selante (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102, 106, 107)	82
1030	Aplicação de selante invasivo (P. inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 102, 106, 107)	102
1040	Aplicação de cariostático (4 hemiarcos) (P. final) (NORMAS: 100, 102)	77
1050	Remineralização (fluoterapia) (boca toda) (4 sessões) (P. inicial) (NORMAS: 100, 102, 108)	300
1060	Adequação do meio bucal com ionômero de vidro (por arco) (P. inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 102, 111)	160
1070	Adequação do meio bucal com IRM (por hemiarco) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102, 111)	138
1080	Restauração de ionômero de vidro (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102, 113, 114)	147
1090	Restauração preventiva (ionômero + selante) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102, 113, 114)	125
1100	Coroa de aço → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102, 103)	222
1110	Capeamento pulpar em decíduo → Rx final (P. final) (NORMAS: 100, 102, 103)	144
1111	Restauração provisória (urgência) (P. Final) (NORMAS: 2, 3, 4, 100, 101, 102, 113, 301)	117

1120	Pulpotomia → Rx final (P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 103, 301)	176
1130	Tratamento endodôntico em decíduo → Rx final (P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 103, 301)	210
1140	Exodontia de decíduo (NORMAS: 100, 102)	108
1150	Mantenedor de espaço fixo ou removível (P. final) (NORMAS: 100, 102, 109)	350
1160	Placa miorrelaxante (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102)	840
1170	Plano inclinado (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 102)	395
1180	Condicionamento infantil (por sessão, máximo: 2) (NORMAS: 100, 102, 110)	130
1190	Ulotomia (NORMAS: 100, 102)	163
1200	Ulectomia → Rx inicial (P. inicial) (NORMAS: 100,102, 103)	179
1210	Restauração de amálgama 1 face (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114)	117
1220	Restauração de amálgama 2 faces (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114)	144
1230	Restauração de amálgama 3 faces (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114)	166
1240	Restauração de amálgama 4 faces (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114)	214
1250	Restauração de resina foto. Classe I, V ou VI (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114, 115)	139
1260	Restauração de resina foto. Classe III (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114, 115)	149
1270	Restauração de resina fotopolimerizável Classe II ou IV (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114, 115)	210
1280	Faceta em resina fotopolimerizável (P. inicial e P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 112, 113, 114)	239
1290	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro (P. inicial) (dentes com endodontia e/ou prótese) (NORMAS: 100, 101, 102)	239
1300	Tratamento de fluorose (microabrasão) (por elemento) (NORMAS: 100, 102)	200
1310	Reimplante de dente permanente (por elemento) → Rx inicial e Rx final (P. final) (NORMAS: 100, 101, 102, 103)	435
1320	Sessão de sedação (laudo enviado à perícia inicial) (NORMA: 102, 116)	700

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; caso em que a preferência de tratamento deve ser dada aos especialistas em dentística, se houver.

101) Em caso de necessidade de tratamento ou retratamento endodôntico de dente permanente, o odontopediatra deve encaminhar o paciente ao endodontista.(Ver norma 301).

102) A **obrigatoriedade** de execução de **perícia** inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, ou seja, em caso de omissão não há necessidade de sua feitura.

No caso do tratamento **não** ser **aprovado** na **perícia final** por necessitar de reavaliação, reparação, substituição e/ou termo de responsabilidade, o beneficiário terá prorrogado em mais 5 dias úteis o prazo para retornar à perícia final, contados a partir da data do novo término do tratamento. Sendo que o prazo máximo para execução da solicitação feita pela perícia é de 15 dias úteis a contar da data da perícia final não-autorizada. A tolerância máxima para reavaliação e adequação do procedimento à solicitação da perícia é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento caso esteja insatisfatório após essas duas oportunidades.

103) A necessidade de apresentação de **radiografia à perícia**, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

Controle de qualidade: 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.

As radiografias devem ser enviadas à perícia em cartão que contenha nome completo do paciente, número do dente e data.

104) A aplicação de **verniz de flúor** (cod. 1010) destina-se a pacientes em tratamento ortodôntico ou de até 03 anos com alto risco de cárie.

105) A aplicação de **verniz de flúor** (cod. 1010) só será admitida com espaço mínimo de 06 meses entre uma aplicação e outra. Salvo se a perícia inicial autorizar com base em laudo do profissional que solicitar e justificar a necessidade de menor intervalo de tempo.

106) Os **selantes** (cods. 1020 e 1030) devem vedar apenas sulcos, fóssulas e fissuras, e não devem interferir na oclusão do paciente.

107) A aplicação de selante (cods. 1020 e 1030) associada a restauração de resina composta só será autorizada, se existirem sulcos, fóssulas e/ou fissuras que necessitem de proteção. Não será admitida para proteção adicional de restaurações de resina.

108) A **remineralização** (cod. 1050) será autorizada com o objetivo de reverter lesões brancas iniciais de cárie. A perícia inicial é obrigatória.

109) O **mantenedor de espaço** fixo ou removível (cod. 1150) 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.

110) O **condicionamento** da criança (cod. 1180) para sua adaptação ao tratamento odontológico será reservado aos casos de extrema necessidade. Máximo de 02 sessões.

111) A **adequação do meio bucal** (cods. 1060 e 1070) só será autorizada nos casos em que for impossível a realização do tratamento restaurador. Para isso, é necessário laudo do cirurgião dentista que for executar tal procedimento.

112) 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.

113) 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).

114) As restaurações definitivas, em qualquer material, deverão ter **garantia** mínima de 01 ano.

115) Restaurações realizadas com resina fotopolimerizável em pré molares e molares devem ser executadas em material próprio para posteriores.

116) Tratamentos a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com sedação (cód. 1320) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.

DENTÍSTICA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
2000	Restauração de amálgama 01 face (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 204, 205, 214, 218)	117
2010	Restauração de amálgama 02 faces (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 204, 205, 214, 218)	144
2020	Restauração de amálgama 03 faces (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 204, 205, 214, 218)	166
2030	Restauração de amálgama 04 faces (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 204, 205, 214, 218)	214
2040	Restauração de amálgama PIM → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 214, 218)	237
2050	Restauração de resina foto classe I, V ou VI (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 214, 218)	139
2060	Restauração de resina foto classe III (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 214, 218)	149
2070	Restauração de resina foto classe II ou IV (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 214, 218)	210
2080	Faceta de resina foto. (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 214, 218)	239
2120	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro (P. inicial) (apenas para dentes com endodontia e/ou prótese) (NORMAS: 200, 207, 215, 216)	239
2130	Núcleo de preenchimento em resina (P. inicial) (NORMA: 200, 215, 216)	151
2140	Núcleo de preenchimento em amálgama (NORMA: 200, 215)	151
2150	Ajuste oclusal (por sessão, máximo de 3) (P. inicial) (NORMAS: 200, 208)	118
2160	Pinos de retenção → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMA: 200)	19
2170	Tratamento de fluorose (microabrasão) (por elemento) (NORMA: 200)	200
2180	Clareamento de dente endodonticamente tratado → Rx inicial (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 202)	264
2190	Restauração de ionômero de vidro (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 209, 218)	147
2200	Remoção de RMF ou coroa → Rx inicial (P. final) (NORMAS: 200, 202, 215, 216)	94
2210	Coroa provisória (P. inicial) (NORMA: 200, 215, 216, 218, 219)	198
2215	Coroa provisória prensada em resina (só p/ anteriores) (P. inicial) (NORMAS: 200, 201, 218)	410
2220	Preparo para núcleo intrarradicular → Rx final (NORMAS: 200, 202, 215, 216)	95
2225	Remoção de núcleo intrarradicular → Rx inicial e Rx final (P. final) (NORMAS: 200, 202)	166
2230	Remoção de fatores de retenção (identificação obrigatória no odontograma) (boca toda) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 210)	148
2240	Restauração provisória (urgência) (P. final) (NORMAS: 2, 3, 4, 200, 211, 218)	117
2250	Reembasamento e reparo de provisório (P. inicial) (máximo: 2 por elemento) (NORMAS: 200, 215, 216, 218, 219)	80
2260	Recolocação de RMF ou coroa (urgência) (P. final) (NORMA: 2, 3, 4, 200, 201, 215, 216, 218)	150
2270	Placa de acrílico miorrelaxante (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 212)	840
2280	Aplicação de selante (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 212)	82
2290	Selante invasivo (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 212)	102
2300	Adequação do meio bucal com ionômero (por hemiarçada) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 213, 218)	160
2320	Inlay ou Onlay → Rx interproximal final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 204, 207, 208, 214, 215, 216, 217, 218, 219)	1100
2325	Coroa de jaqueta em cerômero → Rx interproximal final (P. inicial e P. final)(só p/ anteriores) (NORMAS: 200, 204, 207, 208, 214, 215, 216, 217, 218, 219)	895

2330	Restauração metálica fundida → Rx interproximal final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 204, 207, 208, 214, 215, 217, 218, 219)	510
2335	Faceta laminada em cerâmica (só p/ anteriores) (P. inicial e P. final) (Normas: 200, 204, 207, 208, 214, 215, 216, 217, 218)	1680
2340	Coroa metalo-cerâmica → Rx interproximal final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 204, 207, 208, 214, 215, 216, 217, 218, 219)	1680
2345	Coroa total metálica → Rx interproximal final (P. inicial e P. final) (Normas: 200, 204, 207, 208, 214, 215, 217, 218, 219)	585
2350	Coroa de jaqueta de cerâmica pura → Rx final (só p/ anteriores)(P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 204, 207, 208, 214, 215, 216, 217, 218, 219)	2100
2355	Coroa de jaqueta acrílica (P. inicial e P. final) (Normas: 200, 204, 207, 208, 214, 215, 216, 217, 218, 219)	500
2360	Núcleo cerâmico (dentes anteriores) → Rx final(P. inicial e P. final)(NORMAS: 200, 202, 215, 216, 217)	356
2370	Retentor intrarradicular pré-fabricado → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 202, 215, 216, 217)	286
2380	Núcleo metálico fundido → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 200, 202, 215, 216, 217)	340
2390	Sessão de sedação (laudo enviado à perícia inicial) (NORMAS: 200, 217)	700

NORMAS:

200) A **obrigatoriedade** de execução de **perícia** inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, portanto, em caso de omissão não há necessidade de que seja(m) feita(s).

No caso do tratamento **não ser aprovado** na **perícia final** por necessitar de reavaliação, reparação, substituição e/ou termo de responsabilidade, o beneficiário terá prorrogado em mais 5 dias úteis o prazo para retornar à perícia final, contados a partir da data do novo término do tratamento. Sendo que o prazo máximo para execução da solicitação feita pela perícia é de 15 dias úteis a contar da data da perícia final não-autorizada. A tolerância máxima para reavaliação e adequação do procedimento à solicitação da perícia é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento caso esteja insatisfatório após essas duas oportunidades.

201) 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.

202) A necessidade de apresentação de **radiografia à perícia**, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

Controle de qualidade: 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.

As radiografias devem ser enviadas à perícia em cartão que contenha nome completo do paciente, número do dente e data.

203) A **substituição** de restauração antiga, de qualquer material, por restauração em resina fotopolimerizável por indicação unicamente **estética**, só será autorizada para dentes anteriores até 2º pré molar.

204) 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).

205) As restaurações em qualquer material deverão ter **garantia** mínima de 01 ano.

206) Restaurações realizadas com resina fotopolimerizável em pré molares e molares devem ser executadas em material próprio para elementos posteriores.

207) Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro (cod. 2120) só será autorizado para dentes tratados endodonticamente e/ou que receberão tratamento protético iminente.

208) O **ajuste oclusal** (cod. 2150) só será autorizado pela perícia se houver comprovação clínica e/ou radiográfica de sobrecarga oclusal. Serão autorizadas no máximo 03 (três) sessões. Demais ajustes estão incluídos nos respectivos tratamentos restaurador ou protético. (Vide norma 218).

209) Restauração de ionômero de vidro (cod. 2190) somente será autorizada em erosões cervicais (classe V). Admite-se, porém, autorização em casos especiais justificados pelo profissional que pretende realizá-la.

210) O item **remoção de fatores de retenção** (código 2230) somente será aprovado quando houver degraú positivo em restaurações, comprovados clínica ou radiograficamente. É imprescindível enviar à perícia inicial o **odontograma** com a indicação dos respectivos **locais** a serem adequados.

211) Restauração temporária (cod. 2240) só será paga quando for comprovada sua real necessidade, como, por exemplo, em atendimento de urgência ou após capeamento pulpar.

212) Os **selantes** (cods. 2280 e 2290) devem vedar apenas sulcos, fósulas e fissuras, sem interferir na oclusão do paciente. Para autorização a perícia inicial deverá avaliar a erupção do dente, bem como a idade e o risco de cárie do paciente. Deverão ter a garantia mínima de 01 ano.

213) Adequação do meio bucal (cod. 2300) só será autorizada nos casos em que for impossível a realização do tratamento restaurador. Para isso, é necessário laudo do cirurgião dentista que for executar tal procedimento.

214) Quando houver **indicação de reabilitação oral** mediante a utilização de prótese fixa, não serão autorizadas restaurações nos dentes envolvidos. Salvo nos casos em que o paciente fizer essa opção, **por escrito**, frente a impossibilidade de realização imediata do tratamento protético.

215) Os códigos referentes a **próteses unitárias** (cods. 2120, 2130, 2140, 2200, 2210, 2215, 2220, 2225, 2250, 2320, 2325, 2330, 2335, 2340, 2345, 2350, 2355, 2360, 2370, 2380) **não** poderão ser agrupados para fins de confecção de ponte fixa, isto é, de prótese fixa não unitária.

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

217) Tratamento a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com **sedação** (cód. 2390) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.

218) O **ajuste oclusal** da peça já está incluído no tratamento. Não pode, portanto, ser o código 5030 incluído, salvo se constatada uma das circunstâncias descritas na norma nº 208 em elemento distinto dos que estão sob tratamento restaurador.

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

ENDODONTIA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
3010	Tratamento endodôntico: incisivo ou canino → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 315, 316, 317, 318, 321)	410
3020	Tratamento endodôntico: pré-molar → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 315, 316, 317, 318, 321)	570
3030	Tratamento endodôntico: molar → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 315, 316, 317, 318, 321)	810
3050	Retratamento endodôntico: incisivo ou canino → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 315, 316, 317, 318, 321)	500
3060	Retratamento endodôntico: pré-molar → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 315, 316, 317, 318, 321)	700
3070	Retratamento endodôntico: molar → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 315, 316, 317, 318, 321)	1080
3090	Tratamento de Perfuração → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 302, 303, 318)	240
3100	Remoção de núcleo intrarradicular → Rx inicial e Rx final (P. final) (NORMAS: 300, 303)	166
3110	Capeamento pulpar → Rx final (P. final) (NORMAS: 300, 303, 310, 312)	172
3120	Pulpotomia → Rx final (P. final) (NORMAS: 300, 303)	176
3130	Clareamento de dente endodonticamente tratado → Rx inicial (P. inicial) (NORMAS: 300, 303, 311)	264
3140	Preparo para núcleo intrarradicular → Rx final (P. final) (NORMAS: 300, 303)	95
3150	Tratamento de dente com rizogênese incompleta → Rx inicial e Rx final (por sessão, máximo: 6) (P. final) (NORMAS: 300, 303)	100
3160	Troca de curativo, irrigação, aspiração e medicação intracanal (por sessão, máximo 02 por dente) (P. Final) (NORMA: 300, 315, 317)	100
3170	Remoção de corpo estranho intracanal → Rx inicial e Rx final (por corpo estranho) (P. final) (NORMAS: 300, 303, 315, 316)	130
3180	Drenagem intra-oral de abscesso c/ colocação de dreno (P. final) (NORMA: 300, 313)	300
3190	Remoção de RMF ou coroa → Rx inicial (sugiro excluir a exigência de Rx inicial) (P. final) (NORMAS: 300, 303)	94
3200	Coroa provisória (P. inicial) (NORMA: 300)	198
3210	Restauração provisória (urgência) (P. final) (NORMAS: 2, 3, 4, 300, 310, 312)	117
3220	Tratamento de urgência endodôntica (ex: pulpectomia, drenagem de abscesso via canal...) → Rx inicial e/ou final (P. final) (NORMAS: 2, 3, 4, 8, 300, 303, 313, 317, 319, 603)	162
3240	Apicetomia de incisivo ou canino, sem obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 303, 314, 321)	333
3250	Apicetomia de incisivo ou canino, com obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 303, 314, 321)	373
3260	Apicetomia de pré-molar, sem obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 303, 314, 321)	410
3270	Apicetomia de pré-molar, com obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 303, 314, 321)	452

3280	Apicetomia de molares, sem obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 303, 314, 321)	487
3290	Apicetomia de molar, com obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 300, 303, 314, 321)	529
3300	Sessão de sedação (laudo enviado à perícia inicial) (NORMAS: 300, 320)	700

NORMAS:

300) A **obrigatoriedade** de execução de **perícia** inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, portanto, em caso de omissão não há necessidade de que seja(m) feita(s).

No caso do tratamento **não ser aprovado** na **perícia final** por necessitar de reavaliação, reparação, substituição e/ou termo de responsabilidade, o beneficiário terá prorrogado em mais 5 dias úteis o prazo para retornar à perícia final, contados a partir da data do novo término do tratamento. Sendo que o prazo máximo para execução da solicitação feita pela perícia é de 15 dias úteis a contar da data da perícia final não-autorizada. A tolerância máxima para reavaliação e adequação do procedimento à solicitação da perícia é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento caso esteja insatisfatório após essas duas oportunidades.

301) O **tratamento** ou **retratamento** endodôntico de dente **permanente** deve ser, obrigatoriamente, executado por endodontista, mesmo em pacientes menores de 14 anos, salvo nas localidades em que não haja este especialista. (Ver norma 101).

302) Serão autorizadas, no **máximo, 05 radiografias** (cod. 210) por dente, incluídas aí a inicial e a final, tanto para tratamento, quanto para retratamento endodôntico.

303) A necessidade de apresentação de **radiografia à perícia**, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

Controle de qualidade: 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.

As radiografias devem ser enviadas à perícia em cartão que contenha nome completo do paciente, número do dente e data.

Atenção: nos casos de dentes com **mais de um conduto**, a tomada radiográfica deve, obrigatoriamente, apresentar a **dissociação** de condutos sobrepostos, sob pena de glosa do procedimento pela perícia final.

304) O tratamento endodôntico com **finalidade** exclusivamente **protética** será autorizado pela perícia inicial, desde que acompanhado de **indicação** do **protesista, por escrito**.

305) Os tratamentos e retratamentos endodônticos deverão apresentar **condensação lateral** satisfatória, sob pena de glosa. Havendo deficiência na condensação lateral, o odontólogo deverá justificá-la mediante laudo técnico, para viabilizar a possibilidade de autorização do procedimento pela perícia final.

306) Os tratamentos e retratamentos endodônticos deverão ter **garantia** mínima de 02 anos, o que não impede eventual indicação de apicetomia. Nos dentes que já apresentam lesões periapicais, o endodontista deverá orientar o paciente quanto à necessidade e à periodicidade de **controle** radiográfico.

307) **Não** será autorizada a perícia final de tratamento ou retratamento endodôntico no qual haja **cone** de guta percha **ultrapassando** o ápice radicular.

308) Constituem **exceção** à não-autorização de procedimento com extravasamento apical de cone de guta percha os casos em que estiver previsto cirurgia parendodôntica. O paciente deverá ser encaminhado à perícia inicial com laudo do cirurgião-dentista, que já contenha o planejamento da cirurgia, sua justificação e, quando for o caso, a previsão de que o cone de guta percha ultrapassará o ápice radicular objetivando a cirurgia.

309) Extravasamento de cimento para o periápice só será autorizado pela perícia final, se for de **pequeno** volume e se for emitido **laudo** do cirurgião-dentista contendo:

- a) especificação do tipo de cimento utilizado;
- b) responsabilização do profissional pelo acompanhamento;
- c) ciência do paciente ou de seu responsável.

310) O capeamento direto (código 3110) só será autorizado para definir a necessidade, ou não, do tratamento endodôntico, nos casos de pequena exposição de polpa viva. O paciente deverá fazer perícia final depois de 45 a 60 dias, com radiografias, inicial e final, e **laudo** do cirurgião dentista sobre a necessidade ou não do tratamento endodôntico. Observe-se que o código em questão não se confunde com o código 3210 (restauração provisória).

311) O clareamento (código 3130) só será autorizado em dentes anteriores até 2º pré molar, ou em casos que, comprovadamente, a estética comprometa a inserção social do paciente.

312) Restauração temporária (cod. 3210) só será paga quando for comprovada sua real necessidade, seja em atendimento de urgência ou após capeamento pulpar. Jamais como procedimento intermediário de tratamento ou retratamento endodôntico.

313) Drenagem de abscesso dentário **via canal** caracteriza atendimento de urgência (cod. 3220), mas difere do código 3180 (drenagem intra-oral de abscesso com colocação de dreno).

314) As apicetomias (cods. 3240 a 3290) só serão autorizadas quando não houver possibilidade de regressão da lesão via tratamento endodôntico.

315) Em caso de fratura de lima em canal radicular, a perícia final poderá autorizar o procedimento se o profissional houver obtido vedação do conduto e se for emitido **laudo** técnico circunstanciado pelo cirurgião-dentista, contendo:

- a) responsabilização do profissional pelo acompanhamento;
- b) ciência do paciente ou de seu responsável.

316) Não será autorizada a perícia final de tratamento ou retratamento endodôntico no qual haja ocorrido **fratura** de broca **gates-gliden** no canal.

317) 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. 3220), sem prejuízo de eventuais trocas de curativos (cod. 3160) e radiografias (cod. 210) já executadas. Se a indicação de exodontia ocorrer após a obturação do(s) canal(is), será pago o respectivo tratamento ou retratamento.

318) Em caso de perfuração, durante o tratamento ou retratamento endodôntico, deverá ser feita uma perícia intermediária em que o cirurgião-dentista enviará **laudo** técnico circunstanciado, contendo:

- a) solicitação de autorização do código 3090 (tratamento de perfuração);
- b) responsabilização do profissional pelo acompanhamento do caso;
- c) ciência do paciente ou de seu responsável.

O profissional responsável também deverá enviar as radiografias necessárias à avaliação do caso e o orçamento odontológico do Plan-Assiste com a inclusão do código a ser analisado pela perícia intermediária.

319) O código 3220 (Tratamento de **urgência** endodôntica) não exclui os códigos 0115 ou 0120.

320) Tratamentos a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com sedação (cód. 2390) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.

321) É possível a execução de **perícia final apenas** com a apresentação das respectivas **radiografias (inicial e final)** para os seguintes procedimentos: tratamentos e retratamentos endodônticos (cods. 3010, 3020, 3030, 3050, 3060, 3070), pulpotomias (cod. 3120), apicetomias (cods. 3240, 3250, 3260, 3270, 3280, 3290), remoção de núcleo (cod. 3100) e preparo para núcleo (cod. 3140). Portanto, nestes casos, a presença do paciente é dispensável, mas tanto o perito quanto o paciente podem solicitar a execução de perícia final por meio de exame clínico.

PERIODONTIA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
4000	Tratamento não cirúrgico de periodontite leve (bolsas de 3,0 a 4,5 mm) (por segmento: até 6) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 58, 400, 401, 403, 404, 405, 407, 410)	148
4010	Tratamento não cirúrgico de periodontite avançada (bolsas a partir de 4,5 mm) (por segmento: até 6) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 58, 400, 401, 403, 404, 405, 406, 407, 411)	178
4020	Tratamento de processo agudo (por elemento) (P. final) (NORMA: 400)	185
4030	Controle de placa bacteriana (por sessão, máximo de: 2 p/ periodontite leve e 3 para avançada) (o “de acordo” do paciente ou responsável supre a necessidade de perícia inicial e final para <u>este</u> código) (NORMAS: 400, 401, 409, 410, 411)	73
4040	Dessensibilização dentinária (por segmento) (obrigatório apresentar laudo justificador da necessidade) (P. inicial) (NORMAS: 400, 403)	106
4050	Imobilização dentária com resina foto (por segmento) (obrigatório laudo justificador da necessidade) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 403, 412)	258
4060	Ajuste oclusal (por sessão, máximo 3) (NORMAS: 400, 413)	118
4070	Remoção de fatores de retenção (identificação obrigatória no odontograma) (boca toda) (Rx inicial, se necessário) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 414)	160
4080	Placa de acrílico miorrelaxante (P. inicial e P. final) (NORMA: 400)	840
4090	Proservação pré cirúrgica (1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico) (NORMAS: 400, 415)	153
4100	Gengivectomia (por segmento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 403, 415, 417, 418)	353
4110	Cirurgia a retalho (por segmento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 403, 407, 415, 417, 418, 423)	353
4120	Sepultamento radicular (por raiz) → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 423, 424)	353
4130	Cunha distal (por elemento)(P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 415, 417, 418, 423)	348
4140	Extensão de vestíbulo (por segmento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 403, 415, 417, 418, 423)	353
4150	Enxerto pediculado (por elemento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 415, 417, 418, 423)	348
4160	Enxerto Livre (por elemento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 415, 417, 418, 423)	438

4165	Enxerto conjuntivo subepitelial (por elemento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 415, 417, 418, 423)	438
4170	Frenectomia (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 415, 417, 418, 423)	279
4180	Bridectomia (P. inicial e P. Final) (NORMAS: 400, 415, 417, 418, 423)	305
4190	Odonto-secção (por dente) → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 416, 417, 418, 423, 424)	353
4200	Amputação radicular (por raiz) → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 423, 424)	353
4210	Amputação radicular com obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 423, 424)	402
4220	Manutenção do tratamento cirúrgico (1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico) (NORMA: 400, 415, 417, 418)	153
4230	Retorno para reavaliação de tratamento não cirúrgico (NORMAS: 400, 408)	120
4240	Tratamento regenerativo com enxerto de osso autógeno (por segmento) → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 403, 415, 417, 418, 423)	449
4250	Aumento de coroa clínica (por elemento) (Rx inicial, se necessário) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 423)	353
4260	Exodontia → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 423, 424)	180
4270	Exodontia a retalho → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 423, 424)	210
4280	Exodontia de raiz residual (por raiz) → Rx inicial e Rx final (P. Inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 423, 424)	180
4290	Remoção de dente incluso ou impactado → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 423, 424)	498
4295	Alveoloplastia (por segmento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 403, 423)	350
4300	Ulotomia (P. inicial) (NORMAS: 400, 415, 417, 418, 423)	163
4310	Ulectomia → Rx inicial (P. inicial) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 423)	179
4320	Drenagem intra-oral de abscesso com colocação de dreno (P. final) (NORMAS: 2, 3, 4, 400, 402)	300
4330	Apicetomia de incisivo ou canino, sem obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 419, 423, 424)	333
4340	Apicetomia de incisivo ou canino, com obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 419, 423, 424)	373
4350	Apicetomia de pré-molar, sem obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 419, 423, 424)	410
4360	Apicetomia de pré-molar, com obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 419, 423, 424)	452
4370	Apicetomia de molar, sem obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 419, 423, 424)	487
4380	Apicetomia de molar, com obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 419, 423, 424)	529
4390	Tratamento regenerativo com uso de barreira (por dente) → enviar etiqueta da barreira para a perícia final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 423, 425)	1200
4400	Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (por dente) → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 400, 402, 415, 417, 418, 423, 426)	900
4410	Biópsia (NORMAS: 400, 415, 417, 418, 423)	250

4415	Retorno para acompanhamento de lesão bucal (máximo : 3 sessões) (P. inicial)(NORMA: 400)	120
4420	Remoção de mucocele (NORMAS: 400, 415, 417, 418, 423)	380
4500	Halitometria (NORMAS: 400, 421, 422)	100
4510	Teste de fluxo salivar (NORMA: 400)	100
4520	Teste de pH salivar (NORMA: 400)	100
4530	Tratamento de halitose (P. inicial e P. final) (Normas: 400, 421, 422)	1287
4540	Sessão de sedação (laudo enviado à perícia inicial) (NORMAS: 400, 423)	700

NORMAS:

400) A **obrigatoriedade** de execução de **perícia** inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, portanto, em caso de omissão não há necessidade de que seja(m) feita(s).

No caso do tratamento **não ser aprovado** na **perícia final** por necessitar de reavaliação, reparação, substituição e/ou termo de responsabilidade, o beneficiário terá prorrogado em mais 5 dias úteis o prazo para retornar à perícia final, contados a partir da data do novo término do tratamento. Sendo que o prazo máximo para execução da solicitação feita pela perícia é de 15 dias úteis a contar da data da perícia final não-autorizada. A tolerância máxima para reavaliação e adequação do procedimento à solicitação da perícia é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento caso esteja insatisfatório após essas duas oportunidades.

401) Sempre que o controle da doença periodontal for feito em intervalo inferior a 06 meses o cirurgião-dentista deverá enviar laudo técnico que justifique a redução do controle semestral para quadrimestral ou trimestral.

402) A necessidade de apresentação de **radiografia à perícia**, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

Controle de qualidade: 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.

Atenção: nos casos de dentes com **mais de um conduto**, a tomada radiográfica deve, obrigatoriamente, apresentar a **dissociação** de condutos sobrepostos, sob pena de glosa na perícia final.

403) Segmento é a área de canino a canino, ou de primeiro pré-molar a terceiro molar. Portanto, cada arcada possui três segmentos.

404) Periodontite leve (cod. 4000) é considerada a doença periodontal, com ou sem sangramento gengival, na qual há **bolsas** periodontais que medem **entre 3,0 e 4,5mm** de profundidade **à sondagem**. (Diagnósticos diferenciais: periodontite avançada: norma 405; gengivite: norma 56).

405) Periodontite avançada (cod. 4010) é considerada a doença periodontal, com ou sem sangramento gengival, na qual há **bolsas** periodontais que medem **acima de 4,5mm** de profundidade **à sondagem**. (Diagnósticos diferenciais: periodontite leve: norma 404; gengivite: norma 56).

406) O paciente com periodontite **avançada** (cod. 4010) em mais de 02 segmentos deverá ser encaminhado para exame radiográfico completo em clínica radiológica, para melhor acompanhamento e planejamento do quadro.

407) Não poderão, em regra, constar no **mesmo** orçamento os códigos de **tratamento não cirúrgico** de periodontite leve ou avançada (cods. 4000 e 4010) com **cirurgia** a retalho (cod. 4110).

Excepcionalmente, a perícia poderá autorizar esses procedimentos concomitantemente, desde que haja **laudo** do profissional justificando a necessidade.

408) Após **retorno para reavaliação** (cod. 4230), que deverá ser realizado entre 30 e 45 dias (contados da finalização da terapia não cirúrgica), as cirurgias necessárias serão propostas em orçamento odontológico sujeito, obrigatoriamente, às perícias inicial e final.

409) O controle de placa bacteriana - **CPB** (cod. 4030) somente será autorizado pelo Plan-Assiste se houver sido feita a **revelação de placa** bacteriana com corante específico, conforme informação prestada pelo paciente à perícia final ou por sua assinatura de ciência de acordo com a norma 56 nos casos em que não haja perícia final.

410) No tratamento da periodontite **leve** (cod. 4000), será permitida a realização de, no máximo, **02** sessões de controle de placa bacteriana - **CPB** (cod. 4030), por orçamento.

411) No tratamento da periodontite **avançada** (cod. 4010), será permitida a realização de, no máximo, **03** sessões de controle de placa bacteriana - **CPB** (cod. 4030), por orçamento.

412) Para que a imobilização dental - **splintagem** (cod. 4050) possa ser autorizada pela perícia inicial, é obrigatório que o odontólogo emita **laudo** técnico que justifique a necessidade deste procedimento.

413) O **ajuste oclusal** (cod. 4060) só será autorizado pela perícia se houver comprovação clínica e/ou radiográfica de que há sobrecarga oclusal (observar norma 402). Máximo de 3 sessões.

414) O item **remoção de fatores de retenção** (código 4070) somente será aprovado quando houver de grau positivo em restaurações, comprovados clínica ou radiograficamente (observar norma 402). É imprescindível a **identificação, no odontograma**, dos locais a serem adequados.

415) Os códigos 4090 e 4220 (**proservação pré-cirúrgica e manutenção de tratamento cirúrgico**) só serão autorizados em orçamentos que contenham procedimento de natureza cirúrgica contemplado por esta tabela. Limite máximo é de 1 de cada código por orçamento, e não por procedimento cirúrgico.

416) A **odonto-seção** (cod. 4190) não será autorizada para elemento que estiver com planejamento de extração.

417) Nas intervenções cirúrgicas periodontais já estão incluídos eventuais curativos pós-cirúrgicos.

418) 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.

419) As **apicetomias** (cods. 4330 a 4380) só serão autorizadas quando não houver possibilidade de regressão da lesão via tratamento endodôntico.

420) Na hipótese de **fratura de ápice radicular** durante exodontia de elemento dentário, o profissional responsável deve enviar à perícia um **laudo** técnico circunstanciado, e **assinado pelo paciente** ou por seu responsável, responsabilizando-se pelo acompanhamento do caso, salvo se já optar pela remoção cirúrgica do fragmento.

421) O protocolo do **tratamento de halitose** (cod. 4530) 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.

422) A perícia inicial de **tratamento de halitose** (cod. 4530) somente será autorizada mediante a apresentação do resultado dos testes de fluxo salivar e de pH, bem como o de halitometria.

423) Tratamento a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com **sedação** (cód. 4540) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.

424) É possível a execução de **perícia final** de exodontias (cods. 4260; 4270; 4280; 4290), apicetomias (cods. 4330; 4340; 4350; 4360; 4370; 4380), odonto-secção (cod. 4190) e amputações radiculares (cods. 4200; 4210) **só com** a apresentação das respectivas **radiografias** inicial e final, ou seja, a presença do paciente, nestes casos, é dispensável.

425) No tratamento regenerativo com uso de **barreira** (cod. 4390) é obrigatório o envio da etiqueta da barreira para que a perícia final seja autorizada.

426) Tratamento regenerativo com **materiais enxertantes** (cod. 4400) pode ser autorizado como fase preparatória para tratamento de **implante**.

PRÓTESE

Código	PROCEDIMENTO	CHO
5030	Ajuste oclusal protético (por sessão, máximo de 3) (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501, 502, 506, 507)	118
5040	Restauração metálica fundida → Rx interproximal final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501, 502, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 511)	510
5060	Remoção de RMF ou coroa → Rx inicial (P. final) (NORMAS:500, 501, 505)	94
5070	Recolocação de RMF ou coroa (P. final) (NORMAS:500, 501, 507)	150
5080	Núcleo metálico fundido → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501, 505)	340
5090	Coroa provisória (P. inicial) (NORMAS:500, 501, 507, 508, 511)	198
5100	Coroa provisória prensada em resina (só p/ anteriores) (P. inicial) (NORMAS:500, 501, 507, 508, 511)	410
5110	Reembasamento de provisório (P. inicial)(max.: 2 por elemento)(NORMAS:500, 501, 507, 508)	80
5120	Coroa de jaqueta acrílica (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501, 502, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511)	500
5130	Coroa de jaqueta cerâmica pura (só p/ anteriores) → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501, 502, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510)	2100
5135	Faceta laminada em cerâmica (só p/ anteriores)(P. inicial e P. final) (Normas: 500, 501, 502, 504, 505, 506, 507)	1680
5140	Coroa metalo-cerâmica → Rx interproximal final (P. inicial e P. final)(NORMAS:500, 501, 502, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511)	1680
5160	Coroa total metálica → Rx interproximal final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501, 502, 504, 505, 506, 507, 508, 509)	585

5360	Placa de acrílico miorreaxante (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501)	840
5390	Restauração provisória (urgência) (P. final) (NORMAS:500, 501, 503)	117
5400	Preparo para núcleo intrarradicar → Rx final (P. final) (NORMAS:500, 501, 505)	95
5420	Inlay ou Onlay → Rx interproximal final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501, 502, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 511)	1100
5425	Coroa jaqueta em cerômero → Rx final (P. inicial e P. final)(só p/ anteriores) (NORMAS: 500, 501, 502, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511)	895
5430	Núcleo cerâmico (só para dentes anteriores) → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501, 505)	356
5440	Retentor intrarradicar pré-fabricado → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS:500, 501, 505)	286
5490	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro (P. inicial) (apenas p/ dentes com endodontia e/ou prótese) (NORMAS:500, 501, 504, 505)	239
5500	Núcleo de preenchimento em resina (P. inicial) (NORMAS:500, 501, 504, 505)	151
5505	Remoção de núcleo intrarradicar → Rx inicial e Rx final (P. final) (NORMAS: 500, 501, 505)	166
5510	Sessão de sedação (laudo enviado à perícia inicial) (NORMAS: 505)	700

NORMAS:

500) A **obrigatoriedade** de execução de **perícia** inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, portanto, em caso de omissão, não há necessidade de sua realização.

No caso do tratamento **não** ser **aprovado** na **perícia final** por necessitar de reavaliação, reparação, substituição e/ou termo de responsabilidade, o beneficiário terá prorrogado em mais 5 dias úteis o prazo para retornar à perícia final, contados a partir da data do novo término do tratamento. Sendo que o prazo máximo para execução da solicitação feita pela perícia é de 15 dias úteis a contar da data da perícia final não-autorizada. A tolerância máxima para reavaliação e adequação do procedimento à solicitação da perícia é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento caso esteja insatisfatório após essas duas oportunidades.

501) A necessidade de apresentação de **radiografia à perícia**, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

Controle de qualidade: 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.

As radiografias devem ser enviadas à perícia em cartão que contenha nome completo do paciente, número do dente e data.

502) O **ajuste oclusal** (cod. 5030) será aprovado apenas se houver comprovação clínica e/ou radiográfica de trauma oclusal e após autorização da perícia inicial. Serão autorizadas no máximo 03 sessões. Demais ajustes estão incluídos nos respectivos tratamentos restaurador ou protético. (Vide norma 507).

503) **Restauração temporária** (cod. 5390) só será paga quando for comprovada sua real necessidade, seja em atendimento de urgência, seja após capeamento pulpar, por exemplo.

504) **Núcleo de preenchimento** em ionômero de vidro (cod. 5490), ou em resina (cod. 5500), só será autorizado para dentes tratados endodonticamente e/ou que receberão tratamento protético.

505) Tratamentos a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com **sedação** (cód. 5510) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.

506) 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).

507) O **ajuste oclusal** da peça já está incluído no tratamento. Portanto, o código 5030 não pode ser incluído no orçamento, salvo se constatada uma das circunstâncias descritas na norma nº 502 em elemento distinto dos que estão sob tratamento protético.

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

509) Quando houver **indicação de reabilitação oral** mediante a utilização de prótese fixa, não serão autorizadas restaurações nos dentes envolvidos. Salvo nos casos em que o paciente fizer essa opção, **por escrito**, frente a impossibilidade de realização imediata do tratamento protético.

510) Os códigos referentes a **próteses unitárias** (cods. 5040, 5060, 5080, 5090, 5100, 5110, 5120, 5130, 5135, 5140, 5160, 5400, 5420, 5425, 5430, 5440, 5490, 5500, 5505) **não** poderão ser agrupados para fins de confecção de ponte fixa, isto é, de prótese fixa não unitária.

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

CIRURGIA

Código	PROCEDIMENTO	CHO
6010	Exodontia → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 605, 606, 608, 611)	180
6020	Exodontia a retalho → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 605, 606, 608, 611)	210
6030	Exodontia de raiz residual (por raiz) → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 605, 606, 608, 611)	180
6040	Alveoloplastia (por segmento) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 606)	350
6050	Ulotomia (P. inicial) (NORMAS: 600, 601, 606)	163
6060	Ulectomia → Rx inicial (P. inicial) (NORMAS: 600, 601, 606)	179
6110	Apicetomia de incisivo ou canino: sem obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 602, 606, 608)	333
6120	Apicetomia de incisivo ou canino: com obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 602, 606, 608)	373
6130	Apicetomia de pré-molar: sem obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 602, 606, 608)	410
6140	Apicetomia de pré-molar: com obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 602, 606, 608)	452
6150	Apicetomia de molar: sem obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 602, 606, 608)	487
6160	Apicetomia de molar: com obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 602, 606, 608)	529
6170	Frenectomia (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 606)	279
6190	Bridectomia (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 606)	305

6200	Remoção de dente incluso ou impactado → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 605, 606, 608, 611)	498
6300	Tratamento de lesão cística (enucleação ou marsupialização) (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 604, 606)	655
6310	Excisão de mucocele (NORMAS: 600, 601, 604, 606)	380
6320	Excisão de rânula (NORMAS: 600, 601, 604, 606)	1.500
6330	Biópsia	250
6340	Retorno para acompanhamento de lesão bucal (máximo : 3 sessões) (P. inicial)	120
6400	Reimplante de dente permanente (por elemento) → Rx inicial e Rx final (P. final) (NORMAS: 600, 601, 606)	435
6850	Manutenção do tratamento cirúrgico (1 por orçamento, desde que haja procedimento cirúrgico previsto) (NORMAS: 600, 601, 607)	153
6860	Proservação pré-cirúrgica (1 por orçamento, desde que haja procedimento cirúrgico previsto) (NORMAS: 600, 601, 607)	153
6870	Drenagem intra-oral de abscesso com colocação de dreno (P. final) (NORMAS: 2, 3, 4, 313, 600, 601, 603)	300
6880	Sessão de sedação (laudo enviado à perícia inicial) (NORMAS: 606)	700
6890	Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (por dente) → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 606, 607, 609, 610, 613)	900
6900	Sepultamento radicular (por raiz) → Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 606, 607, 608, 609, 610)	353
6910	Cunha distal (por elemento)(P. inicial e P. final) (NORMAS:)	348
6920	Odonto-secção (por dente) → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 606, 607, 608, 609, 610, 612)	353
6930	Amputação radicular (por raiz) → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 606, 607, 608, 609, 610)	353
6940	Amputação radicular com obturação retrógrada → Rx inicial e Rx final (P. inicial e P. final) (NORMAS: 600, 601, 606, 607, 608, 609, 610)	402

NORMAS:

600) A **obrigatoriedade** de execução de **perícia** inicial e/ou final está expressa ao lado da descrição de cada procedimento, portanto, em caso de omissão não há necessidade de que seja(m) feita(s).

No caso do tratamento **não ser aprovado** na **perícia final** por necessitar de reavaliação, reparação, substituição e/ou termo de responsabilidade, o beneficiário terá prorrogado em mais 5 dias úteis o prazo para retornar à perícia final, contados a partir da data do novo término do tratamento. Sendo que o prazo máximo para execução da solicitação feita pela perícia é de 15 dias úteis a contar da data da perícia final não-autorizada. A tolerância máxima para reavaliação e adequação do procedimento à solicitação da perícia é de dois retornos, sob pena de glosa do procedimento caso esteja insatisfatório após essas duas oportunidades.

601) A necessidade de apresentação de **radiografia à perícia**, seja inicial, seja final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida. Portanto, em caso de omissão do comando, a radiografia não é obrigatória, mas poderá ser necessária.

Controle de qualidade: 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.

602) As **apicetomias** (cods. 6110 a 6160) **só** serão autorizadas quando **não** houver possibilidade de **regressão** da lesão via tratamento endodôntico.

603) A **drenagem intra-oral de abscesso** (código 6870) não se refere a drenagem de abscesso via canal (ver norma 313).

604) O material resultante de tratamento de lesão cística (cod. 6300), excisão de mucocele (cod. 6310), excisão de rânula (cod. 6320), deve ser encaminhado para biópsia.

605) Na hipótese de fratura de ápice radicular durante exodontia de elemento dentário, o profissional responsável deve enviar à perícia um laudo técnico circunstanciado, e assinado pelo paciente ou por seu responsável, responsabilizando-se pelo acompanhamento do caso, salvo se já optar pela remoção cirúrgica do fragmento.

606) Tratamento a serem realizados, em consultório ou clínica odontológica, com **sedação** (cód. 6880) devem ser encaminhados à perícia inicial acompanhados, obrigatoriamente, por laudo técnico circunstanciado que justifique a necessidade da sedação.

607) Os códigos 6850 e 6860 (**manutenção de tratamento cirúrgico e preservação pré-cirúrgica**) só serão autorizados em orçamentos que contenham procedimento de natureza cirúrgica contemplado por esta tabela. Limite máximo é de 1 de cada código por orçamento, e não por procedimento cirúrgico.

608) É possível a execução de **perícia final apenas** com a apresentação das respectivas **radiografias (inicial e final)** para os seguintes procedimentos: exodontias (cods. 6010; 6020; 6030; 6200) e apicetomias (cods. 6110; 6120; 6130; 6140; 6150; 6160), sepultamento radicular (6900), odonto-secção (6920), amputação radicular com ou sem obturação retrógrada (6930, 6940). Portanto, nestes casos, a presença do paciente é dispensável, mas tanto o perito quanto o paciente podem solicitar a execução de perícia final.

609) Nas intervenções cirúrgicas já estão incluídos eventuais curativos pós-cirúrgicos.

610) 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.

611) Na hipótese de **fratura de ápice radicular** durante exodontia de elemento dentário, o profissional responsável deve enviar à perícia um laudo técnico circunstanciado, e assinado pelo paciente ou por seu responsável, responsabilizando-se pelo acompanhamento do caso, salvo se já optar pela remoção cirúrgica do fragmento.

612) A **odonto-secção** (cod. 6920) não será autorizada para elemento que estiver com planejamento de extração.

613) Tratamento regenerativo com **materiais enxertantes** (cod. 6890) pode ser autorizado como fase preparatória para tratamento de **implante**.

LEGENDA DAS NORMAS:

- 1 a 19 → Consultas / Diagnose
- 20 a 39 → Radiologia
- 40 a 49 → Testes de Laboratório
- 50 a 69 → Prevenção
- 100 a 199 → Odontopediatria
- 200 a 299 → Dentística
- 300 a 399 → Endodontia
- 400 a 499 → Periodontia
- 500 a 599 → Prótese
- 600 a 699 → Cirurgia



ANEXO I
 Ministério Público da União
 Programa de Saúde e Assistência Social - PLAN-ASSISTE

ORÇAMENTO ODONTOLÓGICO

I – DADOS DO (a) TITULAR

Nome do Paciente		Telefone do Paciente	
Nome do titular		Matrícula	Telefone do titular
Nome do dentista	CRO	Telefone	Cidade/Estado
Clínica ou Instituição			

DENTIÇÃO PROVISÓRIA

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D					E				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

RADIOGRAFIAS

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

DENTIÇÃO PERMANENTE

18	17	16	15	14	13	12	11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41

VESTIBULAR

21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	32	33	34	35	36	37	38

VESTIBULAR

Nº	Quant	Procedimento	Código	Dente	Região ou faces	R\$	GI
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							

Total em R\$

Início do Tratamento	Término do Tratamento	Local	Data
Assinatura/Carimbo - Dentista		Assinatura do Paciente ou Responsável	

PERÍTO ODONTOLÓGICO

Nome

Endereço

Telefone

PERICIA INICIAL (QUANDO REQUERIDA, SUBMETER-SE A PERICIA DENTRO DE 15 DIAS)

Data

Assinatura

AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO

Com Perícia

Data

Carimbo e Assinatura

Sem Perícia

PERICIA INICIAL (QUANDO REQUERIDA, SUBMETER-SE A PERICIA DENTRO DE 5 DIAS)

Data

Assinatura

OBSERVAÇÕES



ANEXO II
Ministério Público da União
Programa de Saúde e Assistência Social – PLAN-ASSISTE

PERÍCIA FINAL PROVISÓRIA
(Com necessidade de retorno ao dentista)

Nome do(a) paciente

Matrícula

Clínica ou instituição

Data da autorização do tratamento (Plan-Assiste)

OBSERVAÇÕES

Data da perícia final provisória

___ / ___ / ___

Carimbo e assinatura do perito odontológico