



MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO

BOLETIM DE SERVIÇO

BSMPU Nº 15 - Abril/2025

Publicação: sexta-feira, 11 de abril de 2025

PAULO GUSTAVO GONET BRANCO
Procurador-Geral da República

HINDENBURGO CHATEAUBRIAND PEREIRA DINIZ FILHO
Vice-Procurador-Geral da República

ALEXANDRE ESPINOSA BRAVO BARBOSA
Vice-Procurador-Geral Eleitoral

ELIANA PERES TORELLY DE CARVALHO
Secretária-Geral do Ministério Público da União

BOLETIM DE SERVIÇO DO MPU

SAF/SUL QUADRA 04 LOTE 03
CEP: 70050-900 - Brasília/DF
Telefone: (61) 3105-5100
<http://www.mpf.mp.br/pgr/>

SUMÁRIO

	Página
Secretaria Geral do MPU	1
Programa de Saúde e Assistência Social	2
Expediente	51

SECRETARIA GERAL DO MPU

DESPACHO SG/MPU Nº 559, DE 8 DE ABRIL DE 2025.

REFERÊNCIA: Procedimento de Gestão Administrativa MPF/PGR nº 1.00.000.003850/2021-47. ASSUNTO: Lotação Provisória. INTERESSADO: CARLOS RUDY TEIXEIRA, matrícula nº 17881, ocupante do cargo de Técnico do MPU/Polícia Institucional, lotado na Procuradoria da República no Município de Bagé/RS. DECISÃO: Considerando a competência que lhe foi atribuída pelo art. 1º - inciso VI da Portaria PGR/MPU nº 683, de 26 de setembro de 2013, o que consta do processo em referência, bem como na Informação SGP nº 1161/2025, PGR-00123738/2025, REVOGO, a contar de 5 de maio de 2025, o Despacho SG nº 295, de 19 de março de 2021, publicado no Boletim de Serviço nº 3/2021, que autorizou a lotação provisória do servidor, para exercício de função de confiança, FC-2, na Procuradoria de Justiça Militar em Bagé/RS, com fundamento no art. 1º - inciso VI - alínea "a", da Portaria PGR/MPU nº 424, de 5 de julho de 2013. PUBLIQUE-SE. REGISTRE-SE. DÊ-SE CIÊNCIA.

ELIANA PERES TORELLY DE CARVALHO
Subprocuradora-Geral da República
Secretária-Geral do MPU

DESPACHO SG/MPF Nº 567, DE 10 DE ABRIL DE 2025.

REFERÊNCIA: Procedimento de Gestão Administrativa MPF/PGR nº 1.00.000.023809/2022-78. ASSUNTO: Lotação Provisória. INTERESSADA: RENATA SILVA ROCHA, matrícula 32217, ocupante do cargo de Técnico do MPU/Administração, do quadro de pessoal do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. DECISÃO: Considerando a delegação de competência atribuída pelo artigo 6º, inciso XXXIII, do Regimento Interno Administrativo do Ministério Público Federal, aprovado pela Portaria SG/MPF nº 382, de 5 de maio de 2015, combinado com o art. 1º - inciso VI da Portaria PGR/MPU nº 683, de 26 de setembro de 2013, o que consta do processo em referência, bem como na Informação/SGP nº 1174/2025, PGR-00125006/2025, REVOGO, a contar de 15 de abril de 2025, o Despacho SG/MPU nº 2735, de 9 de dezembro de 2022, publicado no Boletim de Serviço nº 12/2022, que autorizou a lotação provisória da servidora na Procuradoria-Geral da República, em caráter excepcional, com exercício na SEPLAN/SG, em razão do Projeto de Unificação do Plan-Assiste MPU, com fundamento no art. 19 da Portaria PGR/MPU nº 424, de 5 de julho de 2013. PUBLIQUE-SE. REGISTRE-SE. DÊ-SE CIÊNCIA.

ELIANA PERES TORELLY DE CARVALHO
Subprocuradora-Geral da República
Secretária-Geral do MPU

PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

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

ANEXO DA PORTARIA SG/MPU Nº 44/2025

LISTA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

VIGÊNCIA: 1º de maio de 2025

1064498274

1

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 HISTÓRIA	1
RADIOLOGIA	4
TESTES E EXAMES LABORATORIAIS	5
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 avaliação técnica de auditoria	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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CHO
81000421	Radiografia periapical (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26)	27
81000375	Radiografia interproximal – bite-wing (NORMAS: 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26)	27
81000383	Radiografia oclusal (NORMAS: 20 e 21)	61
81000430	Radiografia póstero-anterior (NORMAS: 20 e 21)	135
81000340	Radiografia da ATM (3 incidências) (NORMAS: 20 e 21)	277
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) (NORMAS: 20 e 21)	100
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico (NORMAS: 20, 21 e 27)	178
81000472	Telerradiografia (NORMAS: 20, 21 e 27)	134
81000367	Radiografia da mão e punho – carpal (NORMAS: 20 e 21)	171
81000308	Modelos ortodônticos (par) (NORMA: 27)	137
81000278	Fotografia (máximo: 8 unidades) (NORMA: 27)	26
00020330	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
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico (NORMAS: 20 e 21)	178
00020370	Tomografia computadorizada: 1 ATM (NORMAS: 20, 21, 22, 28 e 29)	512
00020375	Tomografia computadorizada: 2 ATM's (NORMAS: 20, 21, 22, 28 e 29)	805
00020380	Tomografia computadorizada: 1 seio da face (NORMAS: 20, 21, 22, 28 e 29)	460

4

00020385	Tomografia computadorizada: 2 seios da face (NORMAS: 20, 21, 22, 28 e 29)	670
00020386	Tomografia computadorizada: 1 dente (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	324
00020387	Tomografia computadorizada: 2 dentes (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	351
00020388	Tomografia computadorizada: 3 dentes (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	459
00020389	Tomografia computadorizada: 4 dentes (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	568
00020390	Tomografia computadorizada: maxila ou mandíbula total (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	676
00020400	Tomografia computadorizada de Crânio Total (P. Inicial) (NORMAS: 20, 21, 28 e 29)	840
00020410	Escaneamento intra-oral	245
00020420	Impressão de Modelo 3D (um par)	107

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 depende.

21) As radiografias devem ser enviadas à perícia com nome completo do paciente, identificação do(s) dente(s), data e laudo do radiologista, quando for o caso.

22) A obrigatoriedade de apresentação de radiografia à Perícia, seja Inicial, seja Final, está indicada ao lado da descrição de cada procedimento, quando exigida.

23) O exame radiográfico completo em adulto compreende, no máximo: 14 películas periapicais e 04 películas interproximais.

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

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

- Odontopediatria: 2 Rx periapicais (cod.81000421); 2 Rx interproximais (cod. 81000375).
- Dentística e Prótese: 2 Rx periapicais (cod. 81000421); 4 Rx interproximais (cod. 81000375).
- Endodontia: 5 Rx periapicais (cod. 81000421) por dente.
- Periodontia 2 Rx periapicais (cod. 81000421) por dente (inicial/final).
- Cirurgia e Periodontia: 2 Rx periapicais (cod. 81000421) por dente (inicial/final).

26) Exame radiográfico que ultrapasse os limites estabelecidos nas normas anteriores (23, 24 e 25)

deverá ser, obrigatoriamente, executado em clínica radiológica e acompanhado de laudo de radiologista.

27) Protocolo de documentação ortodôntica (cod. **00020330**): 1 radiografia panorâmica, 1 telerradiografia com dois traçados, 1 par de modelos, 8 fotografias e 4 radiografias interproximais.

28) Protocolo de tomografias computadorizadas (cods. **00020370 a 00020390**): radiografia ou imagem panorâmica, imagem 3D, imagem axial e cortes transaxiais da(s) área(s) sob investigação, além de CD com todas as imagens obtidas.

29) As tomografias computadorizadas (cods. **00020370 a 00020390**) são exames complementares e específicos, e devem ser feitas em clínicas radiológicas da área de odontologia.

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

31) Não será autorizada a confecção de placa de proteção oclusal para clínicas radiológicas.

TESTES E EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	C.T.S.
00030410	Teste de risco de cárie	107
84000252	Teste de PH salivar	107
84000244	Teste de fluxo salivar	102
81000111	Coleta de amostra anatomopatológico por citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial	129
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	280
82000239	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 fôssulas e fissuras (NORMAS: 100 e 102)	93

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

	104)	
83000100	Mantenedor de espaço removível (P. Final com mantenedor) (NORMAS: 100 e 104)	840
00051400	Placa de proteção oclusal (P. Final com a placa) (NORMAS: 100)	840
00051410	Ajuste oclusal para placa de proteção oclusal - Poderão ser pagos até 2 (dois) ajustes para a placa. (NORMAS: 100)	280
86000551	Plano inclinado (P. Final com plano) (NORMA: 100)	460
81000014	Condicionamento em Odontologia (por sessão, máximo: 3) (NORMA: 100)	30
82001715	Ulotomia (NORMA: 100)	135
82001707	Ulectomia (NORMA: 100)	204
85100099	Restauração de amálgama 1 face (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	157
85100102	Restauração de amálgama 2 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	172
85100110	Restauração de amálgama 3 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	202
85100129	Restauração de amálgama 4 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	247

85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	200
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	263
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	325
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	363
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 100, 105, 106 e 107)	400
85400211	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (P. Inicial) (NORMAS: 100)	218
85100234	Tratamento de fluorose - microabrasão (por elemento) (NORMA: 100)	220
82001251	Reimplante dentário com contenção (por elemento) – Rx periapical final (P. Final) (NORMA: 100)	435
87000164	Sedação consciente com óxido nítrico e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 100, 108)	700
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 100 e 108)	700
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM (NORMA: 100)	220
82000883	Frenulectomia labial (P. Inicial) (NORMA: 100)	328

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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CHO
85100099	Restauração de amálgama – 1 face (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	137
85100102	Restauração de amálgama – 2 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	172
85100110	Restauração de amálgama – 3 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	202

85100129	Restauração de amálgama – 4 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	247
00062040	Restauração de amálgama PIN – Rx final periapical (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202 e 203)	261
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	200
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	263
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	325
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	367
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	400
00062090	Fechamento de diastema (por faces: mesial e/ou distal, máximo 2 por elemento) (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	430
00062095	Reanatomização (por elemento) (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203 e 215)	510
85400211	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (P. Inicial) (NORMA: 204)	228
00062500	Recuperação de guia canina (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	363
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (por sessão, máximo de 3) (P.Inicial)	167

	(NORMAS: 205 e 206)	
00062160	Pinos de retenção – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	40
85100234	Tratamento de fluorose – microabrasão (por elemento)	220
85200018	Clareamento de dente desvitalizado – Rx periapical inicial (P. Inicial) (NORMA: 218)	493
85100161	Restauração em ionômero de vidro até 4 faces (NORMAS: 200, 201, 202 e 203)	154
85400505	Remoção de trabalho protético	133
87000059	Coroa de aço em dente permanente – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205 e 206)	206
85400076	Coroa provisória (P. Inicial) (NORMAS: 202 e 209)	224
00062215	Coroa provisória prensada em resina (até 2º pré-molar, ou provisório com 2 ou mais elementos, ou em reabilitação oral) (P. Inicial) (NORMAS: 202 e 209)	400
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	135
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	298
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) – identificação obrigatória no odontograma (2 arcadas) (P. Inicial) (NORMA: 207)	163

85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	120
85100013	Capramento pulpar direto (NORMA: 216)	179
85400475	Reembasamento de coroa provisória (máximo: 2 por elemento) (NORMA: 209)	91
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos (NORMA: 214)	150
00051400	Placa de proteção oclusal (P. Final com a placa) (NORMA: 212)	840
00051410	Ajuste oclusal para placa de proteção oclusal - Poderão ser pagos até 2 (dois) ajustes para a placa. (NORMA: 213)	120
84000074	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras	100
84000058	Aplicação de selante – técnica invasiva	109
85100242	Adequação do meio bucal (com ionômero de vidro ou IRM) (por hemiarco)	177
85400530	Restauração em cerômero – onlay Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	1241
85400548	Restauração em cerômero – inlay – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	1241
85400513	Restauração em cerâmica pura – inlay – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	1958

85400521	Restauração em cerâmica pura – onlay – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	1958
----------	---	------

1064498274

85400114	Coroa total em cerômero – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (só até 2º pré-molar) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	985
85400556	Restauração metálica fundida – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202, 203, 204, 205, 206 e 208)	570
85400181	Faceta em cerâmica pura (só até pré-molar) Rx inicial periapical (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 205, 206 e 208)	1798
85400157	Coroa total metalo-cerâmica – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 205, 206 e 208)	1869
85400149	Coroa total metálica – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 202, 203, 205, 206 e 208)	142
85400106	Coroa total em cerâmica pura – Rx inicial periapical e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 200, 201, 202, 203, 205, 206 e 208)	2103
85400262	Pino pré-fabricado (fibra de carbono, fibra de vidro ou metálico) – Rx inicial periapical e Rx final periapical (P. Inicial e P. Final)	386
85400220	Núcleo metálico fundido – Rx inicial periapical e Rx final periapical anterior à cimentação da peça protética (P. Inicial e P. Final)	411
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 211)	700
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 211)	700
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	220

82001251	Reimplante dentário com contenção (por elemento) – Rx periapical final (P. Final)	435
85100048	Colagem de fragmentos dentários (por elemento) (P. Final) (NORMA: 202)	335
85300012	Dessensibilização dentária (por segmento, até 6)	106
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) (2 arcadas) (identificação obrigatória no odontograma) (P. Inicial) (NORMA: 207)	163
85100250	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	113
85200042	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 cav d de 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 degraú 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 devidamente 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
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305 e 308)	491
85200140	Tratamento endodôntico birradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305, 307 e 308)	583
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305, 307 e 308)	944
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305 e 308)	520
85200093	Retratamento endodôntico birradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305, 307 e 308)	727
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 301, 302, 304, 305, 307 e 308)	1233
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 300, 302, 304, 305 e 308)	339
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	298
85100013	Capeamento pulpar direto (NORMA: 309)	179

85200042	Pulpotomia (P. Final exigida apenas para dentes permanentes - Rx periapical inicial e Rx periapical final) (NORMA: 310)	206
85200018	Clareamento de dente desvitalizado – Rx periapical inicial (P. Inicial) (NORMA: 303)	493
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	135
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta – Rx periapical inicial e Rx periapical final (por sessão, máximo: 6) (P. Inicial e P. Final)	203
85100056	Curativo de demora em endodontia (por sessão, máximo 02 por dente)	267
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	233
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	306
85400505	Remoção de trabalho protético	102
85400076	Coroa provisória (P. Inicial)	224
85400211	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (P. Inicial)	228
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	120
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	461

82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	528
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	546
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	616
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	632
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	702
00084390	Tratamento regenerativo com uso de barreira (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final com etiqueta original da barreira)	1200
00084400	Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final com etiqueta original do material enxertante)	1'11'
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 306)	700
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 306)	700
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	220
82000026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	167

	(1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico)	
85100250	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	160
00073400	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 tenha 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 na 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
00084000	Tratamento não cirúrgico de periodontite leve (bolsas acima de 3,0 até 5,0mm) (Periograma obrigatório) (por segmento: até 6) (P. Inicial com periograma) (NORMAS: 400, 401, 402 e 403)	175
00084010	Tratamento não cirúrgico de periodontite avançada (bolsas acima de 5,0mm) (Periograma obrigatório) (por segmento: até 6) (P. Inicial com periograma) (NORMAS: 400, 401, 402 e 403)	236
00084600	Manutenção de tratamento periodontal (para periodontite avançada) (a cada 6 meses)	440
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana) - por sessão, máximo de: 2 para periodontite leve e 3 para avançada.	75
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo (por elemento)	209
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda – GNA (duas arcadas)	704
00084035	Tratamento da periodontite ulcerativa necrosante aguda (duas arcadas)	1575
85300012	Dessensibilização dentária (por segmento, até 6)	106
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes (por segmento, até 6) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 404)	290
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (por sessão, máximo 3) (P. Inicial) (NORMA: 405)	167

85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) (2 arcadas) (identificação obrigatória no odontograma) (P. Inicial) (NORMA: 406)	163
00084090	Proservação pré cirúrgica (1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico) (NORMAS: 403)	168
82000921	Gengivectomia (por segmento) (P. Inicial) (NORMA: 407)	365
82000336	Cirurgia odontológica a retalho (por segmento) (P. Inicial) (NORMAS: 403, 407 e 416)	390
82001464	Sepultamento radicular (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 407 e 408)	396
82000557	Cunha proximal (por elemento) (P. Inicial) (NORMAS: 407 e 412)	397
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo (por segmento) (P. Inicial) (NORMA: 407)	401
82000689	Enxerto pediculado (por elemento) (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	397
82000662	Enxerto gengival livre (por elemento) (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	456
82000646	Enxerto conjuntivo subepitelial (por elemento; inclui a área doadora e receptora) (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 407)	570
82000883	Frenulectomia labial (P. Inicial)	328
82000891	Frenulectomia lingual (P. Inicial)	328

82000298	Bridectomia (P. Inicial)	328
82001073	Hemi-seção (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 408 e 415)	372
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 407 e 408)	466
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 407 e 408)	534
82000026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia (1 por orçamento, desde que haja previsão de procedimento cirúrgico) (NORMAS: 403 e 407)	167
82001669	Tratamento odontológico regenerativo com enxerto de osso autógeno – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 407 e 411)	715
82000212	Aumento de coroa clínica (por elemento) – Rx periapical inicial (P. Inicial) (NORMA: 407)	376
82000875	Exodontia simples de permanente – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 408 e 412)	201
82000816	Exodontia a retalho – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 408 e 412)	261
82000859	Exodontia de raiz residual (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 408 e 412)	205
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados – Rx periapical inicial e Rx periapical final – aceita-se panorâmica (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 408 e 412)	498

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

00084400	Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final com etiqueta original do material enxertante) (NORMAS: 407 e 411)	1111
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	280
82000239	Biópsia de boca	280
00084415	Retorno para acompanhamento de lesão bucal (máximo: 3 sessões)	130
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	380
00084500	Halitometria	156
84000244	Teste de fluxo salivar	102
84000252	Teste de PH salivar	102
81000219	Diagnóstico e tratamento de halitose (NORMA: 409)	180
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 414)	700
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 414)	700
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	220
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica – Rx periapical	594

	inicial (P. Inicial e P. Final)	
00084610	Tratamento de alveolite	160
85100250	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	160
00051420	Sessão de laserterapia para tratamento de mucosite (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	320
00051430	Terapia Fotodinâmica (PDT) (Perícia inicial com Laudo)	250
00084620	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 (códigos 82000875, 82000816, 82000859, 82001286) salvo em casos excepcionais acompanhados por 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
85400599	Planejamento em prótese (modelo de estudo: par; montagem em articulador semi-ajustável) (só para PPR, prótese total e reabilitação oral de 6 ou mais elementos) (P. Inicial e P. Final com apresentação dos modelos)	221
81000243	Diagnóstico por meio de enceramento (por elemento) (só para PPR, prótese total e reabilitação oral de 6 ou mais elementos) (P. Inicial e P. Final com apresentação dos modelos com os elementos encerados)	240
00105025	Análise oclusal para diagnóstico (JIG, modelo de estudo e montagem em articulador) (P. Inicial e P. Final com apresentação dos modelos e JIG) (NORMA: 501)	29
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (por sessão, máximo de 3) (P. Inicial) (NORMA: 500)	17
85400556	Restauração metálica fundida – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 508 e 512)	50
85400505	Remoção de trabalho protético	102
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos (NORMA: 512)	150
85400220	Núcleo metálico fundido – Rx periapical inicial e Rx periapical final anterior à cimentação da peça protética (P. Inicial e P. Final)	401
87000059	Coroa de aço em dente permanente – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	326

85400076	Coroa provisória (P. Inicial) (NORMA: 506)	224
00062215	Coroa provisória prensada em resina (até 2º pré-molar, ou provisório com 2 ou mais elementos, ou em reabilitação de 6 ou mais elementos) (P. Inicial) (NORMA: 506)	460
85400475	Reembasamento de coroa provisória (máximo: 2 por elemento) (NORMA: 506)	91
85400106	Coroa total em cerâmica pura – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	2100
85400181	Faceta em cerâmica pura (só até pré-molar) – Rx periapical inicial (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 503, 505, 507, 508 e 512)	1190
85400157	Coroa total metalo-cerâmica – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	1169
85400149	Coroa total metálica – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 508 e 512)	802
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos (P. Inicial)	1609
85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 508)	2947
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial – imediato (em consultório) (P. Final)	577
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial – mediato (em laboratório)	577

85400408	Prótese total (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 508)	2748
85400610	Prótese total caracterizada (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 508)	4122
85400416	Prótese total imediata (P. Inicial)	2340
00051400	Placa de proteção oclusal (P. Final com a placa) (NORMA: 510)	840
00051410	Ajuste oclusal para placa de proteção oclusal - Poderão ser pagos até 2 (dois) ajustes para a placa. (NORMA: 511)	280
00105380	Conserto em prótese total ou parcial	321
00105385	Reparo ou substituição de dentes em prótese total ou parcial	100
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	100
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular (NORMA: 504)	105
85400513	Restauração em cerâmica pura – inlay – Rx periapical inicial Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	1958
85400521	Restauração em cerâmica pura – onlay – Rx periapical inicial Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	1958
85400530	Restauração em cerômero – onlay – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	1241
85400548	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)	
85400114	Coroa total em cerômero – Rx periapical inicial e Rx interproximal final (P. Inicial e P. Final) (só até 2º pré-molar) (NORMAS: 500, 502, 503, 505, 507, 508 e 512)	985
85400262	Pino pré-fabricado (fibra de carbono, fibra de vidro ou metálico) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final)	386
85400211	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (P. Inicial) (NORMA: 502)	228
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular – Rx inicial periapical e Rx final periapical (P. Inicial e P. Final)	278
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (Perícia inicial com laudo) (NORMA: 509)	700
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (Perícia inicial com laudo) (NORMA: 509)	700
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular – ATM	220
85100250	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	160
00051430	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
82000875	Exodontia simples de permanente – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600, 602, 607 e 612)	201
82000816	Exodontia a retalho – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600, 602, 607 e 612)	261
82000859	Exodontia de raiz residual (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600, 602, 607 e 612)	205
82000034	Alveoloplastia (por segmento) (P. Inicial) (NORMA: 609)	35^
82001715	Ulotomia	181
82001707	Ulectomia	204
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica – Rx periapical inicial (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	594
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	461
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	528

82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	546
----------	---	-----

1064498274

82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	616
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	632
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 602)	702
82000883	Frenulectomia labial (P. Inicial)	328
82000891	Frenulectomia lingual (P. Inicial)	328
82000212	Aumento de coroa clínica (por elemento) – Rx periapical inicial (P. Inicial)	37
82000298	Bridectomia (P. Inicial)	328
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados – Rx periapical inicial e Rx periapical final – aceita-se panorâmica (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600, 602, 607 e 612)	49
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos – Rx periapical inicial ou outro adequado a verificação da lesão (P. Inicial) (NORMA: 601)	655
82000794	Exérese ou excisão de mucocele (NORMA: 601)	380
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial (NORMA: 601)	280
82000808	Exérese ou excisão de rânula (P. Inicial) (NORMA: 601)	1500
82000239	Biópsia de boca (NORMA: 601)	280

82001251	Reimplante dentário com contenção (por elemento) – Rx periapical final (P. Final)	435
82000026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia (1 por orçamento, desde que haja procedimento cirúrgico previsto)	167
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	300
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. Inicial com laudo) (NORMA: 610)	70
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia (por sessão) (P. inicial com laudo) (NORMA: 610)	70
00084400	Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final com etiqueta original do material enxertante) (NORMA: 603)	111
82001464	Sepultamento radicular (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA: 600)	386
82000557	Cunha proximal (por elemento) (P. Inicial) (NORMA: 608)	362
82001073	Hemi-secção (por dente) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMAS: 600 e 611)	372
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Inicial e P. Final) (NORMA:	466

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

00097040	Sulcoplastia (por segmento) (P. Inicial)	380
00084610	Tratamento de alveolite	160
85100250	Aplicação de laser terapêutico (por sessão) (máximo 3 sessões sem P. Inicial) (para mais de 3 sessões: P. Inicial com laudo)	160
00051430	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 procedimento curativo sobre o locus cirúrgico, que impeça sua avaliação. Excepcionalmente será admitido o encaminhamento 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/cartilagosos 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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CHO
81000049	Consulta odontológica de Urgência (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	16º
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	303
81000421	Radiografia periapical (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	27
00117330	Restauração temporária / tratamento expectante (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	120
00117040	Aplicação de cariostático (4 hemiarcos) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	86
00117340	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face (P. Final) (NORMAS: 700,	200

42

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

1064498274

00117360	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 704, 705 e 708)	325
00117370	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 704, 705 e 708)	363
00117080	Faceta direta em resina fotopolimerizável (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 704, 705 e 708)	400
00117085	Colagem de fragmentos dentários (por elemento) (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 704)	335
00117380	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou em resina (só para dentes com endodontia) (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	278
00117100	Reimplante dentário com contenção (por elemento) Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 704)	415
00117110	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 706)	167
00117115	Remoção de trabalho protético (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	102
00117390	Coroa provisória (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	224
00117130	Recimentação de trabalhos protéticos (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	150
00117410	Capreamento pulpar direto (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	179
00117160	Pulpotomia (P. Final exigida apenas para dentes permanentes - Rx periapical inicial e Rx periapical final) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	206

00117170	Tratamento endodôntico em dente decíduo – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	372
00117180	Pulpectomia (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	216
00117420	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	300
00117210	Exodontia simples de decíduo (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 707)	117
00117220	Condicionamento em Odontologia (apenas um, referente à consulta de urgência) (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	130
00117230	Exodontia simples de permanente – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 707 e 709)	211
00117240	Exodontia a retalho – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 707 e 709)	261
00117250	Exodontia de raiz residual (por raiz) – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703 e 707)	265
00117260	Remoção de dentes inclusos / impactados – Rx periapical inicial e Rx periapical final (P. Final) (NORMAS: 700, 701, 702, 703, 707 e 709)	498
00117280	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	167
00117300	Tratamento de abscesso periodontal agudo (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	209
00117310	Conserto em prótese total ou parcial (NORMAS: 700, 701, 702 e 703)	331

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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	CHO
00128010	Avaliação para diagnóstico e plano de tratamento de DTM (P. Final, com laudo) (NORMAS: 800 e 801) (Inclui: montagem em articulador, placa de proteção oclusal, placas reposicionadoras, reembasamento de placas, front-plateau, jig, e eventuais ajustes oclusais)	535
00128020	Tratamento de DTM (P. Inicial com laudo e P. Final com relatório e órtese) (NORMAS: 800, 802, 803, 804 e 805)	2640
00128030	Manutenção mensal do tratamento de DTM (por sessão – até 6 sessões) (P. Inicial com relatório) (NORMAS: 800 e 803)	206
00128040	Administração e infiltração de fármacos (P. Inicial com laudo) (NORMAS: 800)	130

00128050	Sessões de laserterapia (por sessão – máximo 05 sessões por articulação) (P. inicial com laudo) (NORMAS: 800)	160
00051400	Placa de proteção oclusal (P. Final com a placa) (NORMA: 804 e 805)	840
00051410	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 encaminhar enc. 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, non-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 tornam 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.

EXPEDIENTE

**MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
SECRETARIA GERAL
SECRETARIA JURÍDICA E DE DOCUMENTAÇÃO**

Boletim de Serviço do Ministério Público da União Nº 15/2025

**SAF/SUL QUADRA 04 LOTE 03
CEP: 70050-900 – Brasília/DF**

**Telefone: (61) 3105.5916
E-mail: pgr-publica@ mpf.mp.br**

Responsáveis:

**Olga Guimarães Vieira
Coordenadora de Tratamento, Editoração e Publicação**

**Guilherme Rafael Alves Vargas
Chefe da Divisão de Editoração e Publicação**