

**DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DAS DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS COBERTOS PELO PLANO**  
(Conforme Instrução Normativa DIPRO no. 25, da Agência Nacional de Saúde Suplementar)

**ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL**

Cobertura obrigatória como tratamento preliminar ao tratamento restaurador, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO**

Cobertura obrigatória como tratamento provisório em dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**APLICAÇÃO DE SELANTE**

Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. Procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes;
- b. Procedimento preventivo em fôssulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.

**BIÓPSIA DE BOCA**

Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR**

Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória, quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**BIÓPSIA DE LÁBIO.**

Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**BIÓPSIA DE LÍNGUA**

Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA**

Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA**

**Cobertura mínima obrigatória de 03 (três) sessões/ano** para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO**

Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA MANDÍBULA/MAXILA**

Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO**

Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;



**b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo**

**COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RMF**

Cobertura obrigatória como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto. conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**EXERESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA**

Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA)**

Cobertura obrigatória na segmentação odontológica **como auxílio diagnóstico; pré e/ou pós procedimento cirúrgico odontológico.**

**REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA**

Cobertura obrigatória em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA**

**Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida.** conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ- FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA**

Cobertura obrigatória em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA**

Cobertura obrigatória **em dentes permanentes posteriores** quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto;**
- b. dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.**

**REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM**

Cobertura obrigatória na segmentação odontológica quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**SUTURA DE FERIDA BUCO-MAXILO-FACIAL**

Para a segmentação odontológica a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO-NASAIS OU BUCOSINUSAIS**

Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES DA REGIÃO BUCO-MAXILOFACIAL**

Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

**TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO**

Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos;**
- b. tratamento temporário em dentes permanentes**

Pelo presente instrumento, o CONTRATANTE declara que leu e compreendeu as diretrizes de utilização acima descritas, inclusive as que restringem a cobertura do plano.

Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome e assinatura (CONTRATANTE)

