

## **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**

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

### **APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO**

1. 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**

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

b) procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes; b. procedimento preventivo em fôssulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.

### **BIÓPSIA DE BOCA**

1. 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**

1. 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**

1. 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**

1. 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**

1. 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**

1. **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**

1. 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**

1. 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**

1. 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**

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

#### **EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA**

1. 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)**

1. 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**

1. 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**

1. 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**

1. 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**

1. 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**

1. 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**

1. 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**

1. 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**

1. 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**

1. 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.**

Jacareí, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura (CONTRATANTE)