

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

## 1. APRESENTAÇÃO

O Manual tem o objetivo informar sobre as normas e diretrizes que devem ser seguidas pelos cirurgiões-dentistas credenciados em relação aos procedimentos cobertos pelo plano de saúde, normas administrativas e técnicas. Sua função é referenciar a operacionalização da assistência odontológica na rede credenciada, organizando aspectos administrativos e técnicos, e prevenindo conflitos entre os envolvidos.

Esses objetivos são fundamentais para assegurar que o relacionamento entre os cirurgiões-dentistas credenciados e o plano de saúde seja baseado na qualidade, ética e na legalidade.

Seguindo o processo de modernização e aprimoramento dos serviços, o Ipasgo SSA disponibiliza para os prestadores de serviços, o cadastro de guias em planos de saúde utilizando o Novo *WebPlan* que se refere ao processo de registro e envio de guias de atendimento, tais como guias de consulta, procedimentos, exames e internações, diretamente pela plataforma *WebPlan*, que é uma ferramenta online utilizada por prestadores de serviços de saúde para se comunicarem com as operadoras de planos de saúde.

## 2. SUMÁRIO

### 3. Conteúdo

3.1. Solicitação via <i>webplan</i> .....	2
3.2. Carência e preexistência .....	9
3.3. Conceitos e normas gerais.....	11
3.4 Consultas odontológicas .....	14
3.5. Clínica geral/ odontologia .....	16
3.6. Periodontia .....	53
3.7. Radiologia .....	78
3.8. Endodontia .....	99
3.9. Odontologia para pacientes com necessidades especiais .....	116
3.10. Odontopediatria .....	117
3.11. Cirurgia bucomaxilofacial .....	167
3.12. Pronto-socorro 24 horas .....	220
3.13. Patologia .....	234
3.14. Estomatologia .....	236

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

3.15. Critérios sobre solicitação de fotografias .....	238
3.16. Entrega de fatura .....	240
4. Anexos .....	245
5. Referências bibliográficas .....	246

### 3. CONTEÚDO

#### 3.1. SOLICITAÇÃO VIA WEBPLAN

##### Pré requisito:

O sistema WebPlan está homologado para funcionar nos seguintes navegadores de internet:

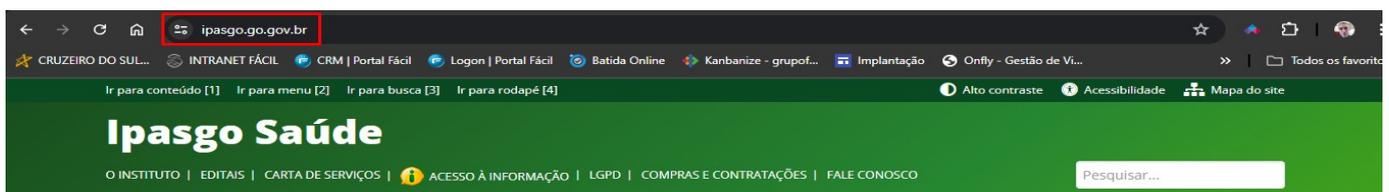
- Microsoft Internet Explorer Versão 10 ou superior;
- Google Chrome; e
- Mozilla Firefox 3 ou superior.

##### Importante:

O recurso de bloqueio de pop-up deve estar desativado. Caso não queira desativar o recurso por completo, poderá liberar apenas para o link relacionado ao portal. Para auxílio técnico consulte seu setor de TI para realizar essas configurações em seu navegador de internet.

##### Acessando o Portal do Prestador

Acesso Padrão: Abra seu navegador de internet, e na barra de endereços digite o endereço <https://www.ipasgo.go.gov.br/>



**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

Em seguida, role a tela até encontrar a área do prestador e selecione a opção “Portal Do Prestador”, insira suas credenciais de acesso. Aguarde o processamento do Logon e siga os passos seguintes para executar as tarefas desejadas:



Acesso Alternativo: abra seu navegador de internet, e na barra de endereços digite o endereço [www.novowebplanipasgo.facilinformatica.com.br](http://www.novowebplanipasgo.facilinformatica.com.br)

Selecione em tipo de acesso > prestador PF ou prestador PJ > Usuário > Senha > Entrar. Aguarde o processamento do logon e siga os passos seguintes para executar as tarefas desejadas:



## Guias odontológicas

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

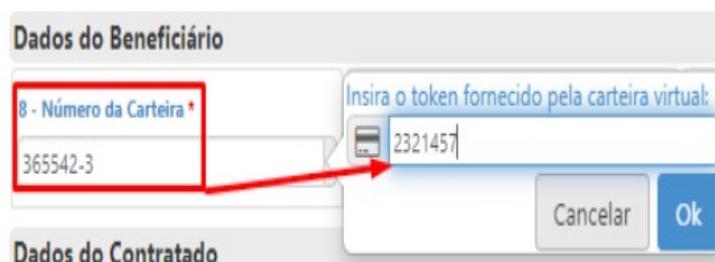
Os tratamentos odontológicos devem ser solicitados na Guia de Odontologia. Para orientação de como utilizar a agenda, vide manual de agendamento online. Acesse o menu > Guias> Guia Odontológica, e aguarde o carregamento do formulário de preenchimento da guia:



Comece o preenchimento a partir do campo 8 , para selecionar o beneficiário, o sistema irá apresentar a caixa Token para que o prestador preencha com o número do Token do beneficiário:



O número do Token deverá ser gerado pelo acesso ao App Mobile do beneficiário:



---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

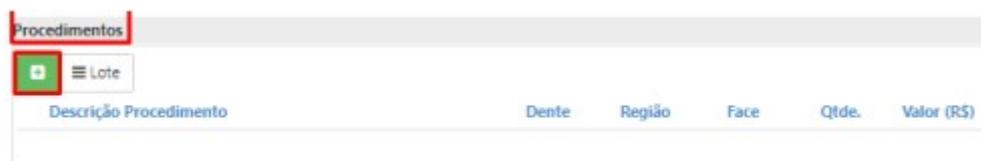
---

Após o preenchimento do token o sistema irá validar o beneficiário e preencher seus dados para que seja possível continuar com o preenchimento da guia.

No Campo 17 deverá ser informado o Profissional Solicitante, para identificação do profissional poderá ser informado o Nome do Profissional, o número do seu CPF ou número do Conselho Profissional.

No Campo 26 deverá ser informado o Profissional Executante, para identificação do profissional poderá ser informado o Nome do Profissional, o número do seu CPF ou número do Conselho Profissional.

No tópico **PROCEDIMENTO** deverá ser informado os procedimentos odontológicos:



Ao clicar no botão  será possível inserir individualmente os procedimentos odontológicos.

No campo destacado será possível informar o código TUSS odontológico ou o nome do procedimento.

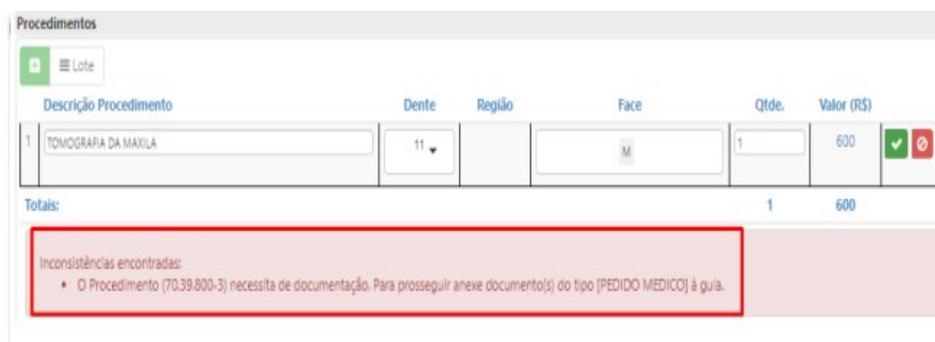
Após informar o procedimento, caso necessário informar “Dente”, “Face”, “Região” e “Quantidade”:

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1



Procedimentos

Descrição Procedimento	Dente	Região	Face	Qtde.	Valor (R\$)	
1 TOMOGRAFIA DA MAXILA	11		M	1	600	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Totais:</b>				1	600	

Inconsistências encontradas:

- O Procedimento (70.39.800-3) necessita de documentação. Para prosseguir anexe documento(s) do tipo [PEDIDO MEDICO] à guia.

Se o procedimento exigir anexo de documentos será apresentada a mensagem conforme exemplo abaixo, somente após inserir o documento conforme a fórmula apresentada que será possível clicar no ícone  para adicionar o procedimento na guia.

Anexos: esse recurso permite ao usuário complementar a solicitação, permitindo enviar documentos para auditoria. Para anexar documentos, clique em “Tipo Anexo”, em seguida clique no botão “Escolher arquivo” e selecione os documentos que serão enviados, para gravar os arquivos na guia clique em “Adicionar”.

Lembrando que o Tipo do Anexo deverá ser exatamente igual ao tipo apresentado na inconsistência do procedimento:



Anexos (tamanho máx: 5mb):

Tipo Anexo: PEDIDO MEDICO

Escolher arquivo Backdrop\_2...modelo 1.jpg Adicionar

PEDIDO MEDICO Backdrop\_28 anos\_modelo 1.jpg

Depois de inserir o anexo, clicar no ícone  para adicionar o procedimento na guia.

O próximo campo a ser preenchido é o campo 44 Tipo de Atendimento, nesse local será possível selecionar uma das opções: auditoria, exame Radiológico, tratamento odontológico ou urgência /emergência.

Em seguida é possível selecionar se o atendimento está relacionado ao PCMSO ou ainda se está associado a um acidente de trabalho.

**Informações adicionais:** deve ser utilizado para lançamento de informações direcionadas ao setor de regulação, geralmente utilizado para solicitações de exames que

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

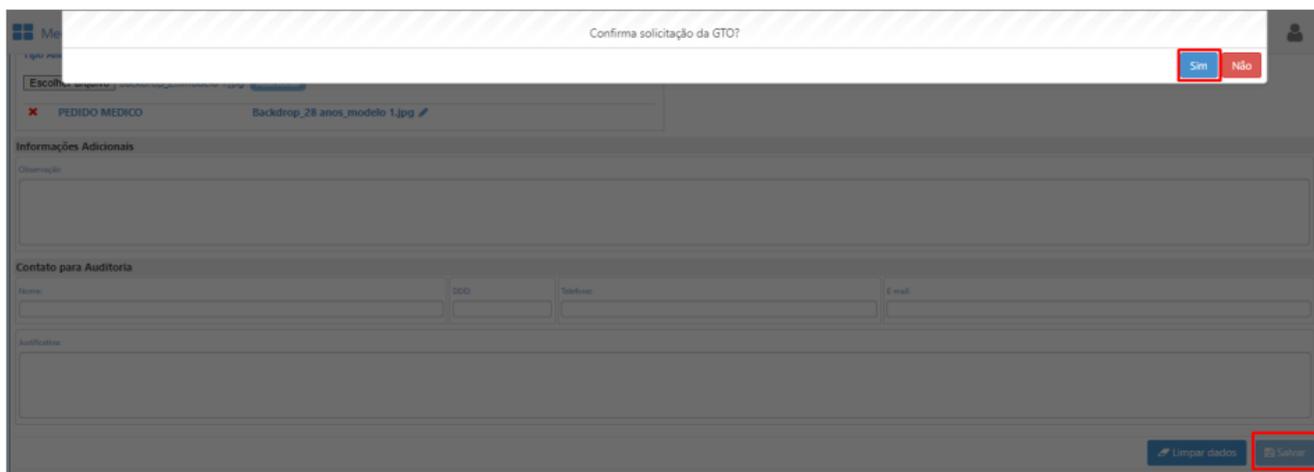
**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

necessitam da autorização da Auditoria da Operadora. Essa informação estará gravada e disponível no botão  (observações) da guia, na rotina localizar procedimentos.

**Contato para Auditoria:** deve ser utilizado para informar os dados de contato do responsável para realizar o contato com a Auditoria Odontológica.

Para finalizar a digitação da guia clique no botão  e confirme a solicitação, conforme demonstrado na imagem abaixo:



Neste momento o sistema irá processar e a solicitação poderá ser autorizada, ficar pendente regulação ou ser negada.

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

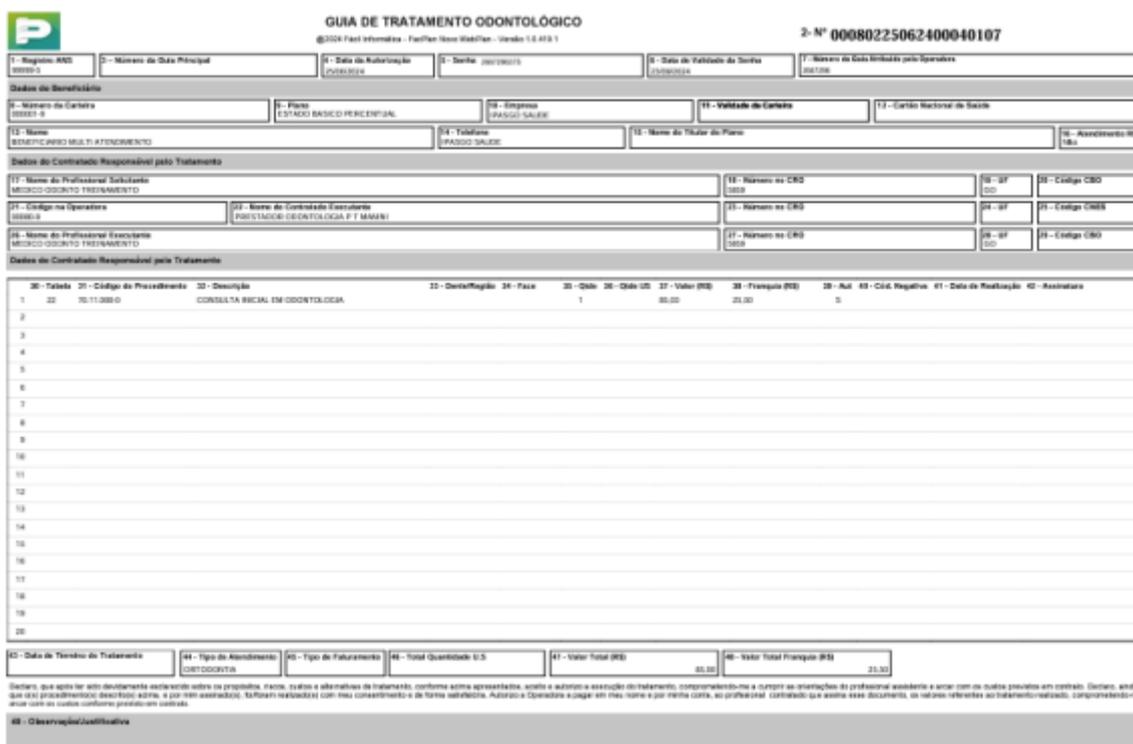
**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1



The screenshot shows two side-by-side windows titled 'WebPlan'. The left window displays 'Autorização concedida para todos os procedimentos.' (Authorization granted for all procedures) with details: Nº Guia Operadora: 2667296, Nº Guia Prestador: 00080225062400040107, Senha: 2667296375, Validade: 23/09/2024, Solicitado em: 25/06/2024. It lists a quantity of 1402 for 'CONSULTA INICIAL EM ODONTOLOGIA'. The right window shows 'Autorização em análise.' (Authorization under review) with details: Nº Guia Operadora: 2667295, Nº Guia Prestador: 00080225062400040007, Solicitado em: 25/06/2024. It lists a quantity of 1403 for 'TOMOGRAFIA DA MAXILA'. Both windows have 'Imprimir guia' and 'Fechar' buttons.

Quando a guia é autorizada, ao clicar no botão imprimir guia será gerada a guia de tratamento odontológica:



The screenshot shows a detailed 'GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO' form. It includes fields for patient information (1-10), insurance details (11-12), and professional information (13-16). The main table (17-20) lists procedures with columns for code, description, date, quantity, and value. At the bottom, there are summary fields (21-24) for dates, appointment type, billing type, and total values. A disclaimer (25) is at the very bottom.

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número do CRD	19 - UF	20 - Código CBO
MEDICO ODONTO TRATAMENTO	3889	SC	
21 - Código do Operador	22 - Nome do Contratado Específico	23 - Número do CRD	24 - UF
38890	PROFESSOR ODONTOLOGIA F MAMARI	3889	SC
25 - Nome do Profissional Específico	26 - Número do CRD	27 - UF	28 - Código CBO
MEDICO ODONTO TRATAMENTO	3889	SC	

29 - Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Data/Região	33 - Fase	34 - Qtd	35 - Qtd 02	36 - Valor (R\$)	37 - Franquia (R\$)	38 - Aut	39 - Cód. Negativo	40 - Data de Realização	41 - Assinatura
1	22	70.11.000-0	CONSULTA INICIAL EM ODONTOLOGIA		1		80,00	23,00				

42 - Data de Término do Tratamento	43 - Tipo de Apendimento	44 - Tipo de Faturamento	45 - Total Quantidade C.S.	46 - Valor Total (R\$)	47 - Valor Total Franquia (R\$)
	CONSODONTA			80,00	23,00

## Relatórios

Neste local será possível realizar a consulta e/ou extração de relatórios:



## Localizar Procedimentos



No localizar procedimentos, o prestador de serviço poderá realizar a gestão das guias. Abaixo tela com os filtros disponíveis para busca de guias:

Localizar Procedimentos

Filtros

Prestador:  Beneficiário:  Guia Operadora:

Guia Prestador:  Número Sequê:  DLLiberação Inicial:  DCLiberação Final:  Tipo de Procedimento:

Ordenação:  Status:  DLAlteração Inicial:  DLAlteração Final:  Tipo de Guia:

Alteração da Guia:  Login que liberou a guia:  Destacar OFME:

Informa-se que está disponível no Portal do Prestador o Manual “NOVO WEBPLAN - GUIA ODONTOLÓGICA” que apresenta maiores detalhes sobre cadastro de solicitações, dentre outras informações.

### 3.2. CARÊNCIA CONTRATUAL E CARÊNCIA DE PREEXISTÊNCIA

1. Os serviços serão prestados observando o período de carência:

1.1. 180 dias para os procedimentos odontológicos e exames;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** 24 meses para cobertura de doenças ou lesões, congênitas ou preexistentes, declaradas ou não, com indicação dos procedimentos seguintes;

**2.** Códigos com carência de 24 meses para cobertura de doenças ou lesões, congênitas, declaradas ou não, com indicação dos procedimentos seguintes:

82000360 Cirurgia para/ tórus mandibular bilateral;

82001740 Exodontia de incluso/impactado supra numerário;

82001731 Exodontia de semi-incluso/impactado supra numerário.

**3.** Códigos com carência de 24 meses para cobertura de doenças ou lesões, preexistentes, declaradas ou não, com indicação dos procedimentos seguintes:

85200077 Remoção de núcleo intrarradicular;

85200026 Preparo para núcleo intrarradicular;

82000212 Aumento de coroa clínica;

85400157 Coroa metalo-cerâmica;

76415000 Coroa de veneer;

85400149 Coroa total metálica;

85400220 Núcleo metálico fundido;

85400211 Núcleo de preenchimento;

85400262 Pino pré-fabricado;

85400114 Coroa total em cerômero;

85200115 Retratamento endodôntico unirradicular;

85200093 Retratamento endodôntico birradicular;

85200107 Retratamento endodôntico multirradicular;

85200166 Tratamento endodôntico unirradicular;

85200140 Tratamento endodôntico birradicular;

85200158 Tratamento endodôntico multirradicular;

85300039 Raspagem sub-gengival/alisamento radicular;

75311000 Gengivectomia (por segmento); e

82000417 Cirurgia periodontal a retalho.

Observação: os códigos relacionados à carência de preexistência serão analisados pela auditoria para verificar se o tratamento ou diagnóstico foi realizado dentro do período previsto pela carência. Esse tipo de análise é importante para determinar a elegibilidade do procedimento de acordo com as regras do plano de saúde ou odontológico.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **3.3. NORMAS GERAIS**

1. As guias cadastradas no Facplan serão submetidas à auditoria prospectiva e retrospectiva, conforme critérios estabelecidos pelo Serviço Social Autônomo de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos e Militares do Estado de Goiás - Ipasgo SSA;
2. O paciente menor deverá apresentar a carteira do Ipasgo SSA e identificação, da mãe/responsável ou acompanhante;
3. O cirurgião-dentista prestador somente poderá solicitar procedimentos que constam na Tabela, para a especialidade cadastrada e que estejam de acordo com as normas do Ipasgo SSA;
4. Quando o tratamento não estiver de acordo com as normas do Ipasgo SSA, o auditor poderá negar a guia, ou solicitar correção e/ou complementação de documentação para nova análise;
5. Não cabe ao auditor no ato da auditoria retrospectiva, questionar o tratamento proposto e aprovado na auditoria prospectiva. Porém, os procedimentos aprovados em guia, em desacordo com as normas técnicas e administrativas estabelecidas pelo Ipasgo SSA, mesmo que executados, poderão ser glosados na auditoria retrospectiva. Caso necessário, o prestador poderá autuar o Recurso de Glosa conforme os prazos determinados nas normativas do Ipasgo SSA;
6. O profissional deve orientar o paciente para voltar ao seu consultório com radiografia final e caso seja constatada alguma irregularidade, realizar a correção e solicitar nova radiografia para ser encaminhada à auditoria retrospectiva. Caso o prestador suspeite que o procedimento possa trazer alguma dúvida ao auditor, poderá ser anexado relatório de justificativa;
7. As autorizações para tratamento endodôntico não devem ser realizadas com radiografias interproximais (bite wing);
8. Todos os materiais protetores e restauradores deverão sempre ter radiopacidade, para fins de auditoria retrospectiva;
9. A substituição de restaurações estará restrita aos casos em que se constatar existência de infiltração, ou de evidente comprometimento da estética, sendo observados: respeito do

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

espaço biológico para inserção gengival, pontos de contato, acabamento (excesso de material, etc.), cor (quando realizado auditoria presencial/fotografia), estrutura, polimento e estética;

**10.** Não serão autorizados procedimentos ou exames relacionados à: implantes, ortodontia ou próteses, com exceção de unitárias;

**11.** Para consulta de coeficiente de honorários e valores dos procedimentos, consulte a tabela odontológica disponível no site do Ipasgo SSA, com valores atualizados;

**12.** Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema, esclarecendo o fato com os dados do paciente, indicação do dente/região, data e as assinaturas do beneficiário e do profissional em papel timbrado e e registro do Conselho profissional;

**13.** Poderão ser solicitadas fotografias iniciais ou finais, a critério do auditor (ex.: enxerto conjuntivo subepitelial ,bridectomia, aumento de coroa clínica, gengivectomia por elemento ou por segmento, clareamento dentário, restaurações diretas ou indiretas, dentre outros) quando for necessário ou para atender as normas do Ipasgo SSA;

**14.** Todos os procedimentos estarão sujeitos à aprovação da auditoria retrospectiva;

**15.** Restaurações Metálicas Fundidas (RMF), restaurações em cimento de ionômero de vidro e cerômeros (MOD) são tipos de restaurações odontológicas que, diferentemente das coroas, não envolvem a cobertura total do dente. Por isso, não se encaixam na mesma categoria que as coroas e, por isso, não são autorizadas como remoção de trabalhos protéticos; e

**16.** Conforme Regulamento de Credenciamento e Gestão da Rede Credenciada, aprovado pelo Conselho de Administração do Ipasgo SSA em 21 de fevereiro de 2024, destaca-se:

#### **Das Obrigações**

(...)Art. 33. Os Prestadores credenciados deverão atender aos beneficiários com estrita observância à legislação aplicável e à ética profissional, não sendo permitida qualquer forma de discriminação em relação a outros pacientes, **nem a cobrança direta ou indireta de qualquer valor, independentemente do título ou motivo;**

(...)Art. 38. O credenciado seguirá os critérios exigidos durante auditorias e perícias, bem como respeitará os princípios estabelecidos nas regras de Compliance do Ipasgo SSA, Código de Ética do Ipasgo Saúde e no Código de Ética da categoria profissional.

#### **Da Privacidade e Proteção de Dados Pessoais**

Art. 40. O credenciado se compromete a proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural, relativos ao

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

*tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, de acordo com as legislações aplicáveis e regulamentações dos órgãos reguladores e fiscalizadores e nos termos da Lei Federal sob nº 13.709/18 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD.*

**Do Código de Ética e Conduta**

Art. 42. Durante a execução do objeto do contrato, o credenciado e seus colaboradores estarão obrigados a respeitar as diretrizes estabelecidas no Código de Ética e Conduta do Ipasgo Saúde.

**17.** As áreas ou regiões utilizadas para o cadastro de procedimentos odontológicos são importantes para indicar a localização precisa dos tratamentos que serão realizados (arcada, lado, hemiarco, segmento, dente e face).

**17.1.** Composição dos Segmentos:

Descrição Sintética dos Segmentos		
S1: 18 17 16 15 14	S2: 13 12 11 21 22 23	S3 : 24 25 26 27 28
S6: 48 47 46 45 44	S5: 33 32 31 41 42 43	S4: 34 35 36 37 38

Obs: para efeito de pagamento, considera-se segmento no mínimo 03 dentes presentes.

**17.2.** Composição dos Hemiarcos:

Descrição Sintética dos Hemiarcos	
HASD: 18 17 16 15 14 13 12 11	HASE; 21 22 23 24 25 26 27 28
HAID: 48 47 46 45 44 43 42 41	HAIE: 31 32 33 34 35 36 37 38

**17.3.** Demais áreas:

**AS** - Arcada Superior;

**AI** - Arcada Inferior;

**ASAI** - Arcada Superior e Inferior (Boca Toda);

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**P** - Palato;  
**LD** - Lado direito; e  
**LE** - Lado Esquerdo.

## CONCEITOS:

**AUDITORIA PROSPECTIVA:** é um tipo de auditoria que ocorre antes da realização de um procedimento ou serviço de saúde. Seu principal objetivo é garantir que os procedimentos propostos sejam necessários, apropriados e em conformidade com as diretrizes clínicas e políticas do plano de saúde ou da instituição, com o objetivo de prevenir a realização de procedimentos desnecessários, reduzir custos e assegurar a qualidade do atendimento.

**AUDITORIA RETROSPECTIVA:** é um processo que ocorre após a conclusão de um procedimento ou serviço; O principal objetivo da auditoria retrospectiva é garantir que os serviços prestados estejam em conformidade com as políticas e diretrizes estabelecidas. Esse tipo de auditoria avalia se os procedimentos realizados eram clinicamente justificados, se foram documentados corretamente e se as cobranças feitas ao plano de saúde ou ao paciente estão alinhadas com os serviços efetivamente prestados.

## 3.4. CONSULTA ODONTOLÓGICA

### Regras gerais:

1. A consulta odontológica inicial consiste em anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças e anomalias bucais do paciente, plano de tratamento e prognóstico;
2. Todas as consultas deverão conter guias emitidas, assinatura do prestador e beneficiário e serem encaminhadas pelo portal FACPLAN no período de faturamento;
3. As consultas odontológicas emitidas por prestador Pessoa Física serão parametrizadas em um número de 04 (quatro) consultas para cada usuário, em especialidades odontológicas diferentes, cobertas pelo Ipasgo SSA, dentro do intervalo de 180 (cento e oitenta) dias, exceto urgência odontológica e patologia; e
4. As 04 (quatro) consultas odontológicas emitidas para os beneficiários, pelo prestador Pessoa Física, serão realizadas, conforme discriminado a seguir, atentando a parametrização para o item idade:

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**ODONTOPEDIATRIA:** usuários até 14 (quatorze) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, em cidades em que houver Odontopediatras credenciados;

**CLÍNICA GERAL – ODONTOLOGIA:** usuários a partir de 15 (quinze) anos ou, onde não houver Odontopediatras credenciados qualquer idade;

**ENDODONTIA:** usuários a partir de 05 (cinco) anos;

**PERIODONTIA:** usuários a partir de 10 (dez) anos;

**CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL:** usuários com qualquer idade;

**URGÊNCIA ODONTOLÓGICA:** usuários com qualquer idade;

**PATOLOGIA:** qualquer idade;

**ESTOMATOLOGIA:** qualquer idade; e

**PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS:** qualquer idade.

5. As consultas odontológicas emitidas por prestador Pessoa Jurídica serão parametrizadas em número de uma consulta para cada beneficiário do Ipasgo SSA;

6. Nos casos em que houver especialidades diferentes dentro de uma mesma clínica, para que haja solicitação de nova consulta em outra especialidade é imprescindível que seja solicitado ou realizado pelo menos 01 (um) procedimento odontológico com a especialidade inicial já cadastrada, além da necessidade de constar justificativa para emissão de nova guia de consulta;

7. Para nova guia de consulta na mesma especialidade, dentro da mesma clínica, haverá prazo de retorno de 180 (cento e oitenta) dias, mesmo período parametrizado para emissão de nova guia de consulta por prestador Pessoa Física da mesma especialidade;

8. Caso o usuário necessite de uma quantidade maior de consultas do que as estipuladas anteriormente, o prestador poderá fazer a solicitação, com justificativas pertinentes, que será analisada pela Auditoria Odontológica; e

9. Os prestadores (pessoa física ou jurídica), que apresentarem em sua fatura apenas consultas odontológicas, passarão por avaliação criteriosa da auditoria, podendo ser considerado como utilização do convênio em não conformidade com as finalidades esperadas e necessárias de assistência odontológica, o que poderá acarretar em medidas administrativas cabíveis, descritas nas normativas e regulamentações do Ipasgo SSA.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **3.5. ODONTOLOGIA (CLÍNICA GERAL)**

#### **Regras gerais:**

1. Todo procedimento deverá ser avaliado segundo a melhor oportunidade de execução, levando-se em conta a prioridade da execução e a preservação da estrutura dental e biológica;
2. Adequação dos procedimentos odontológicos alinhadas às reais necessidades do beneficiário;
3. Nos casos de pacientes encaminhados para a realização de algum procedimento que não esteja evidente radiograficamente ou necessite de avaliação de outra especialidade, é necessário anexar o encaminhamento do profissional com a devida justificativa, carimbado e assinado pelo especialista;
4. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE é de responsabilidade do profissional assistente, ou seja, o profissional que realiza o atendimento ou o procedimento. Esse documento é essencial para garantir que o paciente seja informado de maneira clara sobre o procedimento a ser realizado, os riscos envolvidos, os benefícios esperados e as alternativas disponíveis, permitindo que o paciente dê o consentimento de forma consciente e voluntária; o auditor poderá solicitar cópia do termo de consentimento a qualquer momento que julgar necessário e em qualquer procedimento;
5. As restaurações deverão estar devidamente esculpidas, polidas e ajustadas na oclusão e faces proximais;
6. Para sulcos escurecidos e cáries em esmalte não são autorizados procedimentos restauradores, mas sim procedimentos preventivos;
7. Restaurações utilizando-se 02 (dois) tipos de materiais não compatíveis, não são autorizados. Ex. resina Composta e amálgama;
8. Em ambas as auditorias (prospectiva e retrospectiva) é fundamental que a documentação esteja completa, detalhada e em conformidade com os códigos de procedimentos aplicáveis. Isso garante que a auditoria seja precisa e que a prestação de contas, tanto em termos éticos quanto financeiros, esteja correta;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

9. Os valores totais de cada procedimento constante na tabela, incluem: forramento, material restaurador, acabamento e polimento;
10. Quando houver mais de uma restauração em uma mesma face, será considerada apenas uma restauração, não querendo dizer que o dente não terá que ser totalmente reabilitado;
11. As radiografias só serão autorizadas para realização pelo próprio prestador, caso na cidade não tenha clínica de imagem credenciada para a realização do exame, e aos endodontistas a execução das radiografias finais (pós tratamento endodôntico);
12. Em caso de dentes anteriores que foram endodonticamente tratados, autoriza-se a 3ª (terceira) restauração para o fechamento da abertura endodôntica;
13. Restaurações estéticas e indiretas somente serão aceitas em material restaurador e cimento radiopacos;
14. A autorização de provisório para restauração metálica fundida e restauração em cerômero será avaliada pelo auditor;
15. Em hipótese alguma será permitido realizar procedimentos diferentes dos autorizados e cobrança de complementação;
16. O núcleo de preenchimento é liberado apenas para dentes tratados endodonticamente;
17. Haverá necessidade de comprovação radiográfica dos procedimentos executados, especificamente nos casos normatizados, utilizando radiografia para comprovação da qualidade técnica desses procedimentos;
18. Qualquer intercorrência na realização dos procedimentos deverá ser informada mediante justificativa anexada e encaminhada à auditoria retrospectiva;
19. Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema esclarecendo o fato. Deve conter obrigatoriamente os dados do beneficiário, o dente ou região, data e assinaturas: do paciente e do profissional, em papel timbrado e registro do Conselho profissional;
20. As radiografias anexadas eletronicamente serão aceitas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário, data de realização e enviadas na posição correta do dente/região na arcada, conforme as normas de controle de qualidade e regulamentação do serviço de saúde;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

21. É vedado ao auditor autorizar qualquer procedimento com radiografia fora das especificações anteriores e/ou anexadas invertidas. Sendo liberado inadvertidamente ou erroneamente, o procedimento será glosado pela auditoria retrospectiva; e

22. A idade mínima para clínica geral é de 15 anos completos.

## **PROCEDIMENTOS / ODONTOLOGIA (CLÍNICO GERAL)**

### **84000198 Profilaxia: polimento coronário**

1.1. Tempo de recorrência: 180 dias;

1.2. Descrição: consiste no polimento, por meiode meios mecânicos, das superfícies coronárias dos dentes;

1.3. Idade: mínima 15 anos e máxima de 111 anos; e

1.4. Incompatibilidade: não combina com os códigos 98000005, 84000090 e 84000201.

#### **Regras de Regulação:**

Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia e, posteriormente, sujeito à aprovação da auditoria retrospectiva.

#### **Regras de Auditoria:**

1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva; e

1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

### **85100099 Restauração de amálgama - 1 face**

1.1 Tempo de recorrência: 1080 dias;

1.2. Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, em 01 (uma) face, utilizando como material restaurador o amálgama de prata;

**1.4. Indicação:** restauração de amálgama de prata exclusivamente nas faces Oclusal (O); Vestibular (V); Lingual (L) ou Palatina (P). Pode ser realizada em todos os dentes posteriores permanentes; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 82000875, 82001731, 85400157, 76415000, 85400149, 76408000, 85400220, 83000089, 83000046, 85400114, 85400548 e 85400530.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** No máximo 02 códigos 85100099 para o mesmo dente, em faces diferentes;

**1.3.** Anexar, de preferência, radiografias interproximais iniciais para auditoria; e

**1.4.** Autorizado com núcleo de preenchimento mediante análise do auditor para dentes tratados endodonticamente.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Autorizado após registro da guia no sistema *WebPlan*, por meio da radiografia inicial (interproximal, caso não haja envolvimento pulpar), a realização de até 02 restaurações de amálgama uma face (V, L ou P, O) por dente;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *WebPlan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **85100102 Restauração de amálgama - 2 faces**

- 1.1. Tempo de recorrência: 1080 dias;
- 1.2. Idade: mínima 15 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de dentes posteriores permanentes que tenham sido afetados por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, em 02 (duas) faces, utilizando como material restaurador o amálgama de prata;
- 1.4. **Indicação:** restauração de amálgama exclusivamente nas faces Ocluso-Mesial (OM); Ocluso-Distal (OD); Ocluso-Vestibular (OV); Ocluso-Lingual (OL) e Ocluso-Palatina (OP); e
- 1.5. **Incompatibilidade:** não combina o código 85100200 para o mesmo dente nas faces (OM, OD, OV, OP, OL), nem 85100110, 85100218, 85100218, 8540055 , 85400157, 76415000, 85400149, 82000875, 82001731 , 85400220 e 85400262 ,85400076, 85400084, 84000031, 83000089, 83000046, 85100137, 85400530 e 85400548.

#### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. No máximo um código por dente;
- 1.3. Não autorizado núcleo metálico; e
- 1.4. Indicar radiografias interproximais para auditoria retrospectiva;

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado por meio de auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **73930000 – Restauração amálgama – 3 faces**

1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;

1.2. Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos

1.3. **Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de dentes posteriores permanentes que tenham sido afetados por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, em 03 (três) faces;

1.4. **Indicação:** restauração de amálgama de prata exclusivamente nas faces Mesio-Ocluso-Distal(MOD);Mesio-Ocluso-Vestibular(MOV);Mesio-Ocluso-Lingual(MOL);Mesio-Ocluso-Palatina(MOP);Disto-Ocluso-Vestibular(DOV);Disto-Ocluso-Lingual (DOL); Disto-Ocluso-Palatina (DOP); e

1.5. Incompatibilidade: não combina os códigos 85100102, 85100218, 85400114 , 85400556, 85400157, 76415000, 85400149, 82000875 , 82001731 para o mesmo dente, 85400220 e 85400262 , 85100200, 85400076, 85400084, 85100137, 85400530 e 85400548.

### **Regras de Regulação:**

1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

1.2. Não autorizado núcleo metálico;

1.3. No máximo 01 código por dente; e

1.4. Indicar radiografia interproximal para auditoria retrospectiva.

### **Regras de Auditoria:**

1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado por meio de auditoria retrospectiva;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85100196 - Restauração em resina fotopolimerizável 1 face**

1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;

1.2. Idade: mínima de 15 anos (odontologia / clínico geral) e máxima de 111 anos; e

1.3. **Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente permanente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, utilizando como material restaurador a Resina Composta Fotopolimerizável Radiopaca;

#### **1.4. Indicação:**

- **Restauração de Resina Composta Fotopolimerizável classe I:** consiste em cavidades preparadas na face oclusal de molares e pré-molares, 2/3 oclusais da face vestibular de molares inferiores, 2/3 oclusais da face palatina de molares superiores e palatina de incisivos e caninos; não envolve as faces proximais (mesial e distal) dos dentes posteriores, que seriam tratadas em restaurações Classe II de duas faces, exceto em situações da ausência do dente contíguo o que permitiria que a face proximal estivesse livre;

- **Resina foto classe III:** consiste em cavidades preparadas nas faces proximais de incisivos e caninos sem a remoção do ângulo incisal;

- **Resina foto classe V:** consiste em cavidades preparadas no terço gengival, não de cicatrículas, nas faces vestibular, palatina e lingual de todos os dentes; e

1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 82000808, 82001731, 85400157, 76415000, 85400149, 85400220, 85400262, 85400076, 85400084, 83000020, 83000046 e 85100137.

#### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Não autorizado troca apenas com finalidade estética;
- 1.3. Em cavidades de classe V, somente será autorizado para cavidades profundas e cavidades que demonstram grande sensibilidade;
- 1.4. No máximo dois códigos por dente; autoriza o terceiro código em caso de fechamento da cavidade endodôntica por lingual/palatina;
- 1.5. Pequenas fraturas incisais são englobadas neste código sem envolvimento de ângulo;
- 1.6. Autorizado para todos os dentes e faces conforme indicação; e
- 1.7. Autorizado com núcleo de preenchimento mediante análise do auditor para dentes tratados endodonticamente.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente por meio da radiografia inicial (interproximal, caso não haja envolvimento pulpar), a realização de até 03 restaurações de uma face (V, L ou P, O) em dentes posteriores, sendo que em dentes anteriores que foram endodonticamente tratados, autoriza-se a 3ª (terceira) restauração para o fechamento da abertura endodôntica;
- 1.2. As Radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.3. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e prestador, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;
- 1.4. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória; e
- 1.5. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85100200 – Restauração resina fotopolimerizável 2 faces**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.2. Idade: mínima de 15 anos (para clínicos gerais/odontologia) e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente permanente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, utilizando como material restaurador a Resina Composta Fotopolimerizável radiopaca;
- 1.4. **Indicação:** restauração de Resina Composta Fotopolimerizável classe II, em cavidades preparadas nas faces Ocluso-Mesial (OM); Ocluso-Distal (OD); Ocluso-Vestibular (OV); Ocluso-Lingual (OL) e Ocluso-Palatina (OP), de pré-molares e molares permanentes; e
- 1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 85100200 em outras faces envolvidas no mesmo elemento, 85100218, 85100102, 85100110, 82000875 ,82001740, 85400262, 85400262 , 85400076 ,85400084, 85400157, 76415000, 85400149, 85100218, 83000089, 83000020, 85100137, 82001251, 85400530 e 85400548.

#### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Não autorizado com finalidade estética;
- 1.3. Autorizado com núcleo de preenchimento mediante análise do auditor para dentes tratados endodonticamente; e
- 1.4. No máximo um código por dente.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e prestador, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85100218 – Restauração resina fotopolimerizável 3 faces**

1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;

1.2. Idade: mínima de 15 anos (para clínicos gerais/odontologia) e máxima de 111 anos;

1.3. **Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, utilizando como material restaurador a Resina Composta Fotopolimerizável;

1.4. **Indicação:** restauração de Resina Composta Fotopolimerizável 3 faces de pré-molares e molares permanentes, em cavidades preparadas nas faces: Mesio-Ocluso-Distal(MOD); Mesio-Ocluso-Lingual(MOL); Mesio-Ocluso-Palatina(MOP); Disto-Ocluso-Lingual(DOL); Disto-Ocluso-Palatina(DOP); Disto-Ocluso-Vestibular(DOV); e

1.5. Incompatibilidade: para os dentes posteriores não combinam com os códigos 85100218, 85100102, 85100110, 85400114, 85400556 , 85400157, 76415000, 85400149, 85100218, 83000089, 83000020, 82000875 ,82001731,85400530 e 85400548.

#### **Regras de Regulação:**

1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

1.2. Não autorizado exclusivamente com finalidade estética;

1.3. Autorizado com núcleo de preenchimento mediante análise do auditor para dentes tratados endodonticamente; e

1.4. Para restaurações de resina foto classe II (MOD) aceita-se no máximo um (01) código por dente; e associado, se for o caso, ao código 85100196 (faces vestibular, lingual ou palatina).

#### **Regras de Auditoria:**

1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e prestador, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85100226 – Restauração resina fotopolimerizável 4 faces**

1.1. Tempo de Recorrência: 720 dias;

1.2. Idade: mínima de 15 anos (para clínicos gerais/odontologia) e máxima de 111 anos;

1.3. **Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, utilizando como material restaurador a Resina Composta Fotopolimerizável;

#### **1.4. Indicação:**

- Restauração de cavidades preparadas nas faces proximais dos incisivos e caninos com remoção de ângulo incisal em Resina Composta Fotopolimerizável classe IV nas faces: Mesio-Inciso-VestibularLingual (MVLI); Disto-Incisal-Vestibular-Lingual (DLVI); Mesio-Incisal-Vestibular-Palatina (MVPI); Disto-Incisal-Vestibular-Palatina (DVPI);

- Restauração em cavidades preparadas nas faces mesial, oclusal, distal e lingual/palatina (MODL, MODP ou MODV) dos molares permanentes em Resina Composta Fotopolimerizável;

#### **6. Incompatibilidade:**

- Para os dentes posteriores não combinam com os códigos 85100102, 85100110, 85100200, 85400114, 85400556, 85400157, 76415000, 85400149, 85400220 , 85400262, 85400076,85400084, 82000875 e 82001731; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- Nos dentes anteriores só combina com mais 01 do código 85100196 (M, D, V, L, P) ou 85100218 (MLVI, DLVI, MPVI, DPVI); não combina com os códigos 85100102, 85100110, 85100200, 82000875, 82001731, 85400220 e 85400262.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2.** Não autorizado exclusivamente com finalidade estética;
- 1.3.** Autorizado com núcleo de preenchimento mediante análise do auditor em dentes tratados endodonticamente;
- 1.4.** Para restaurações resinas foto 4 faces, aceita-se no máximo dois códigos por dente; e
- 1.5.** Pequenas fraturas incisais não são englobadas neste código e sim no código 85100196.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;
- 1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **Resumo sintético para solicitações de restauração de resina fotopolimerizável:**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	Classe I (O) Classe III ( M e D) de incisivos e caninos sem remoção de

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

		ângulo) Classe V (V, P e L) Classe II (M e D) na ausência de dentes adjacentes, ou seja, em faces proximais livres em dentes posteriores.
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	Classe II (OD, OM, OL, OP e OV)
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	Classe II - e faces (MOD, MOP, MOL, DOL, DOP e DOV) / dentes posteriores
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	Classe IV / dentes anteriores (MPVI, DPVI, MLVI E DLVI) Classe II / dentes posteriores (MODV, MODL e MOD)

### **85100064 - Faceta direta em resina fotopolimerizável**

**1.1.** Tempo de Recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente anterior que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, utilizando como material restaurador a Resina Composta Fotopolimerizável radiopaca pela técnica direta;

**1.4. Indicação:** a faceta em resina composta está indicada para casos onde 2/3 ou mais de estrutura dentária vestibular esteja comprometida por alteração de cor, alterações essas impossíveis de serem recuperadas por meios mais conservadores como restaurações convencionais, clareamento dental e microabrasão; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 82000875 , 82001731, 85400157, 76415000, 85400149 85400114, 85400530, 85400548, 85400556 , 85400220, 85100218 e 85100226;

### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente permanente;
- 1.3. O procedimento de faceta somente será autorizado para dentes anteriores, exclusivamente na face vestibular;
- 1.4. Autorizado em conjunto com a faceta de resina, apenas em casos de tratamento endodôntico, a restauração da face palatina (código 85100196). Outro tipo de restauração ou código não são liberados;
- 1.5. Autoriza-se faceta em resina na técnica direta, apenas para casos de fraturas consideráveis em incisivos e caninos, permanentes e decíduos, onde não há possibilidade de restaurar em classe III ou IV e para dentes consideravelmente escurecidos por tratamento endodôntico;
- 1.6. Dentes periodontalmente comprometidos e em rizólise avançada, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade e reabsorção; e
- 1.7. Poderão ser solicitadas fotografias iniciais ou finais, a critério da auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;
3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85200077 - Remoção de núcleo intrarradicular**

- 1.1. Tempo de Recorrência: 720 dias;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em retirar o núcleo da cavidade pulpar com finalidade endodôntica ou protética. A remoção do núcleo intra radicular inclui o núcleo metálico, de preenchimento, rosqueável e de fibra de vidro;

**1.4. Indicação:** consiste em retirar o núcleo ou pino da cavidade intra radicular; e

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 82000875, 82001731 e 82001740;

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente;

**1.3.** Só será aceito remoção completa do núcleo intra radicular. Qualquer intercorrência deverá ser documentada; e

**1.4.** Nos casos de coroas e núcleos integrados, será autorizado apenas um código de remoção.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85400505 - Remoção de trabalho protético**

**1.1.** Tempo de Recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** consiste na retirada de trabalhos protéticos indiretos e unitários, com a remoção de coroas, po meio de aparelho rotatório, com a finalidade de tratamento restaurador, endodôntico e/ou protético;

**1.4. Indicação:** para remoção de coroas protéticas e restaurações indiretas que envolvem a cobertura total do dente, com finalidade de reabilitação dentária; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 82000875, 82001731 e 82001740.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente;

**1.3.** Só será aceito remoção completa das coroas protéticas e restaurações indiretas. Qualquer intercorrência deverá ser documentada; e

**1.4.** Não será autorizado em restaurações que não envolvem a cobertura total do dente, pois não se encaixam na mesma categoria que as coroas e, por isso, não são autorizadas para remoção em procedimentos odontológicos no sistema de auditoria, por motivos administrativos ou regulatórios.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As Radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Webplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **85400556 – Restauração metálica fundida**

**1.1** Tempo de Recorrência: 720 a 1440 dias;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** restauração onlay e inlay de metal fundido em dentes posteriores permanentes;

**1.4. Indicação:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes com comprometimento de três ou mais faces, ou ainda, em dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas, não passíveis de reconstrução por meio direto; e

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com códigos 85100102 , 85100110, 85100200, 85100218, 85100226, 85400157, 76415000, 85400149, 85400114,85400530, 85400548, 82000875, 82001731.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente posterior dentro da parametrização;

**1.3.** Para dentes tratados endodonticamente, aceita-se núcleo metálico fundido, núcleo pré-fabricado ou núcleo de preenchimento;

**1.4.** Em dentes com vitalidade pulpar, a critério do auditor, poderá ser solicitada avaliação por escrito, do endodontista e anexá-la à ficha eletrônica;

**1.5.** Autorizada nos casos de perda de 3 ou mais paredes circundantes do elemento dentário, ou ainda, em dentes com comprometimento de cúspide funcional;

**1.6.** Não autorizado para dentes que sejam pilares de prótese fixa;

**1.7.** Valores de laboratório de prótese incluídos no procedimento; e

**1.8.** Dentes periodontalmente comprometidos, a critério do auditor, poderá ser solicitada avaliação antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85400220 – Núcleo metálico fundido**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste na realização de núcleo intra radicular, em liga metálica fundida, confeccionado em laboratório de prótese dentária, utilizado em dentes permanentes tratados endodonticamente;
- 1.4. **Indicação:** reconstrução da parte coronária destruída de um dente desvitalizado por tratamento endodôntico, perda da estrutura dentária, cáries e preparação cavitária; e
- 1.5. Incompatibilidade: não combina com código 85400211 , 85400262 , 85100099, 85100102, 85100110, 85100196 , 85100200, 85100218 ,85100226, 85100064, 82000875 , 82001740 e 83000020.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente permanente dentro da parametrização estabelecida;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.3. O núcleo intrarradicular será autorizado em dentes tratados endodonticamente e com suporte ósseo remanescente em pelo menos 2/3 da raiz;
- 1.4. O preparo para o núcleo/pino deve ser de aproximadamente 2/3 do comprimento radicular;
- 1.5. Autorizado somente para preparos unitários;
- 1.6. Valores de laboratório de prótese incluídos no procedimento; e
- 1.7. Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;
- 1.2. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;
- 1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85400211 - Núcleo de preenchimento**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste na reconstrução de dentes comprometidos pelo processo carioso, traumatismo ou afecção estrutural, com tratamento endodôntico, realizado antes da confecção de restaurações indiretas;
- 1.4. **Indicação:** realizado quando há remanescente dental que possibilite a maior preservação da estrutura dental, com o preenchimento por materiais plásticos como a resina composta fotopolimerizável ou ionômero de vidro; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 85400220 , 82001731, 82000875.

**Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente dentro da parametrização estabelecida;

**1.3.** O núcleo de preenchimento poderá ser autorizado mediante planejamento de restauração indireta, em dentes endodonticamente tratados e com suporte ósseo remanescente em aproximadamente 2/3 da raiz, assim como, autorizado em resinas diretas, para dentes tratados endodonticamente, mediante análise do auditor; e

**1.4.** Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

**Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.2.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

**85400084 – Coroa provisória sem pino**

**1.1.** Tempo de Recorrência: 720 dias;

**1.2. Idade:** mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** consiste na realização de coroa total em resina acrílica com finalidade de proteção e manutenção da integridade do preparo coronário, preservação e recuperação da saúde periodontal, até a colocação da peça protética final, em dentes permanente que não necessitam de pino, geralmente porque a estrutura dentária remanescente é suficiente para sustentar a coroa, propiciando condições para que a gengiva marginal tenha perfeito assentamento sobre as superfícies da futura restauração;

**1.4. Indicação:** a coroa provisória sem pino é indicada em situações onde o dente sofreu desgaste para receber uma coroa definitiva, mas ainda possui estrutura dentária suficiente para garantir a retenção e estabilidade da coroa provisória. Isso é comum em tratamentos restauradores de dentes com preparo conservador, como pré-molares ou molares com remanescente dental adequado, ou em dentes anteriores para fins estéticos e funcionais; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 85400556, 85100099, 85100102, 85100110, 85100196 , 85100200, 85100218, 85100064 , 82000875, 82001731, 83000020, 85100137.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente dentro da parametrização;

**1.3.** O curativo com material provisório não é considerado coroa provisória;

**1.4.** Em dentes com vitalidade pulpar, poderá ser solicitado avaliação por escrito do endodontista, a critério da auditoria;

**1.5.** Será autorizado coroa provisória acrílica apenas para preparos de coroas totais (coroa total metálica, coroa veneer, e coroa metalocerâmica ou coroa total cerômero);

**1.6.** Não autorizado para dentes que sejam pilares de prótese fixa;

**1.7.** Valores de laboratório de prótese dentária incluídos no procedimento; e

**1.8.** Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85400076 - Coroa provisória com pino**

**1.1.** Tempo de recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na realização de coroa total em resina acrílica com finalidade de proteção e manutenção da integridade do preparo coronário, preservação e recuperação da saúde periodontal, até a colocação da peça protética final, em dentes permanente que necessitam de pino, propiciando condições para que a gengiva marginal tenha perfeito assentamento sobre as superfícies da futura restauração;

**1.4. Indicação:** a coroa provisória com pino é indicada em casos onde o dente foi tratado endodonticamente (tratamento de canal) ou onde a perda de estrutura dentária é significativa, impedindo a retenção adequada de uma coroa provisória apenas na estrutura remanescente. O pino intrarradicular é necessário para proporcionar suporte e retenção à coroa provisória, garantindo estabilidade até a colocação da coroa definitiva; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 85400556, 85100099, 85100102, 85100110, 85100196 , 85100200, 85100218, 85100064 , 82000875, 82001731, 83000020 e 85100137.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente permanente dentro da parametrização;
- 1.3. O curativo com material provisório não é considerado coroa provisória;
- 1.4. Em dentes com vitalidade pulpar, poderá ser solicitado avaliação por escrito do endodontista, a critério da auditoria;
- 1.5. Será autorizado coroa provisória acrílica apenas para preparos de coroas totais (coroa total metálica, coroa veneer, e coroa metalocerâmica ou coroa total cerômero);
- 1.6. Não autorizado para dentes que sejam pilares de prótese fixa;
- 1.7. Valores de laboratório de prótese dentária incluídos no procedimento; e
- 1.8. Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85400157 - Coroa total metalo cerâmica**

- 1.1. Tempo de Recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** restauração unitária com coroa total, composta por uma estrutura metálica - coping que é revestida com cerâmica, não passível de reconstrução por meio direto, em dentes permanentes;

**1.4. Indicação:** reabilitação protética unitária sobre os elementos dentais anteriores e posteriores, devido a grande destruição dentária afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, necessitando de resistência mecânica associada a estética com o restabelecimento e manutenção da função oclusal;e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 76415000, 85400149, 85400530, 82000875, 82001731 , 85100099, 85100102, 85100110 , 85100196, 85100200, 85100218, 85100064.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente dentro da parametrização;

**1.3.** A coroa metalo-cerâmica geralmente é indicada para dentes que já passaram por tratamento endodôntico, pois esse tipo de dente tende a ser estruturalmente mais frágil. No entanto, em alguns casos específicos, é possível indicar a coroa metalo-cerâmica sem tratamento de canal, mas isso dependerá de uma avaliação cuidadosa do auditor, que vai considerar a saúde do dente e a estrutura remanescente, e se necessário solicitar laudo do endodontista;

**1.4.** Aceita-se solicitação em conjunto de núcleo de preenchimento, núcleo pré-fabricado ou núcleo metálico fundido; esses núcleos, cada um com suas indicações específicas, são necessários para garantir a longevidade e estabilidade da coroa, especialmente em dentes que passaram por tratamento endodôntico ou que têm menos estrutura dentária;

**1.5.** Não autorizado para dentes que sejam pilares de prótese fixa;

**1.6.** Valores de laboratório de prótese incluídos no procedimento; e

**1.7.** Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **76415000 – Coroa veneer**

- 1.1. Tempo de Recorrência: 720 dias;
- 1.2. **Idade:** mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** restauração unitária com coroa total mista, com a finalidade de reabilitar um dente permanente, usando a estrutura metálica fundida e com a parte vestibular preparada para a colocação de resina, com cor semelhante à dos dentes do paciente;
- 1.4. **Indicação:** reabilitação protética unitária sobre o elemento dental de anteriores e posteriores, devido à grande destruição dentária, afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, necessitando de resistência mecânica associada à estética da região vestibular, com o restabelecimento e manutenção da função oclusal; e
- 1.5. **Incompatibilidade:** não combina com os códigos 85400157, 85400149, 85400530, 85400548, 82000875, 82001731, 85100099 , 85100102, 85100110, 85100196, 85100200, 85100218 e 85100064.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Aceita-se no máximo um código por dente permanente, dentro da parametrização;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.2. Autorizado somente para dentes tratados endodonticamente, aceita-se núcleo de preenchimento, pré-fabricado ou núcleo metálico fundido;
- 1.3. Não autorizado para dentes que sejam pilares de prótese fixa;
- 1.4. Valores de laboratório de prótese incluídos no procedimento; e
- 1.5. Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;
- 1.2. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.3. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.4. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;
- 1.5. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85400149 – Coroa total metálica**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** restauração unitária com coroa total em metal, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, tratados endodonticamente. Caso não seja necessário o tratamento endodôntico, deve ser anexado um laudo do especialista;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicação:** reabilitação protética unitária sobre o elemento dental de posteriores, devido a grande destruição dentária afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, necessitando de resistência mecânica com o restabelecimento e manutenção da função oclusal; e

1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 85400157, 76415000, 85400114 , 85400530, 85400548, 82000875, 82001731, 85400556, 85100099 , 85100102 , 85100110, 85100196 , 85100200 e 85100064.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente posterior dentro da parametrização;

**1.3.** A coroa total metálica geralmente é indicada para dentes que já passaram por tratamento endodôntico, pois esse tipo de dente tende a ser estruturalmente mais frágil. No entanto, em alguns casos específicos, é possível indicar a coroa total metálica sem tratamento de canal, mas isso dependerá de uma avaliação cuidadosa do auditor, que vai considerar a saúde do dente e a estrutura remanescente, e se necessário solicitar laudo do endodontista;

**1.4.** Aceita-se solicitação em conjunto de núcleo de preenchimento, núcleo pré-fabricado ou núcleo metálico fundido; esses núcleos, cada um com suas indicações específicas, são necessários para garantir a longevidade e estabilidade da coroa, especialmente em dentes que passaram por tratamento endodôntico ou que têm menos estrutura dentária;

**1.5.** Não autorizado para dentes que sejam pilares de prótese fixa;

**1.6.** Valores de laboratório de prótese incluídos no procedimento; e

**1.7.** Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

### **Regras de Auditoria:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada

na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85400262 - Pino pré fabricado**

**1.1.** Tempo de recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na realização de núcleo intra-radicular pré-fabricado rosqueável; ou pinos de fibra de vidro; juntamente com preenchimento coronário, em ionômero ou resina composta, utilizado em dentes permanentes tratados endodonticamente;

**1.4. Indicação:** reconstrução da parte coronária destruída de um dente desvitalizado por tratamento endodôntico, perda da estrutura dentária, cáries e preparação cavitária em que é utilizado núcleo pré-fabricado rosqueável; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 85100099, 85100102, 85100110, 85100196, 85100200, 85100218, 85100064, 85400220, 82000875 e 82001731;

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente dentro da parametrização estabelecida;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.3. Este procedimento será autorizado em dentes tratados endodonticamente e com suporte ósseo remanescente em aproximadamente 2/3 da raiz;
- 1.4. O preparo para o núcleo/pino deve ser de aproximadamente 2/3 do comprimento radicular;
- 1.5. Autorizado somente para preparos unitários;
- 1.6. Valores do núcleo pré-fabricado inclusos; e
- 1.7. Dentes periodontalmente comprometidos deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85400114 - Coroa total em cerômero**

- 1.1. Tempo de Recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** coroa total realizada em cerômero, em dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto;
- 1.4. **Indicação:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções, de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, com comprometimento de 3 ou mais

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

faces, ou ainda, em dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas, não passíveis de reconstrução por meio direto; e

**1.5.** Incompatibilidade: cão combina com os códigos 85400157, 76415000, 85400149, 82000875, 82001731 , 85100110, 85100218, 85400556. 85400530, 85400548.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente;

**1.3.** Para dentes tratados endodonticamente, aceita-se núcleo de preenchimento, pré-fabricado ou núcleo metálico fundido;

**1.4.** Em dentes com vitalidade pulpar, a critério do auditor, anexar por escrito avaliação do endodontista na ficha odontológica eletrônica;

**1.5.** Autorizada nos casos de perda de 3 ou mais paredes circundantes do elemento dentário;

**1.6.** Apenas serão aceitas para confecção desse procedimento, material radiopaco. Em hipótese alguma será aceito material forrador ou restaurador radiolúcido;

**1.7.** Não autorizado para dentes que sejam pilares de prótese fixa;

**1.8.** Valores de laboratório de prótese incluídos no procedimento; e

**1.9.** Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85400530 - Restauração em cerômero – onlay**

**1.1.** Tempo de Recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** restauração unitária parcial onlay realizada em cerômero que cobrem uma ou mais cúspides do dente, em dentes posteriores, não passíveis de reconstrução por meio direto;

**1.4. Indicação:** indicado para dentes posteriores (pré-molares e molares) que sofreram desgaste moderado a extenso, como por cáries ou fraturas, e que ainda possuem estrutura dentária suficiente para suportar uma restauração parcial; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 85400157, 76415000, 85400149, 82000875, 82001731, 85100110, 85100218, 85400556, 85400530 e 85400548.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente posterior dentro da parametrização;

**1.3.** Para dentes tratados endodonticamente, aceita-se núcleo de preenchimento, pré-fabricado ou núcleo metálico fundido;

**1.4.** Em dentes com vitalidade pulpar, a critério do auditor, anexar por escrito avaliação do endodontista na ficha odontológica eletrônica;

**1.5.** Em restauração onlay a coroa provisória não é autorizada, salvo análise criteriosa da auditoria;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.6. Apenas serão aceitas para confecção desse procedimento, material radiopaco. Em hipótese alguma será aceito material forrador ou restaurador radiolúcido;
- 1.7. Não autorizado para dentes que sejam pilares de prótese fixa;
- 1.8. Valores de laboratório de prótese incluídos no procedimento; e
- 1.9. Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85400548 - Restauração em cerômero – inlay**

- 1.1. Tempo de Recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** restauração unitária parcial inlay realizada em cerômero, em dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto;
- 1.4. **Indicação:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções, de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural; projetadas para tratar cavidades ou danos que afetam uma ou algumas superfícies do dente; Restauração com uma extensão menor que as onlays; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 85400157, 76415000, 85400149, 82000875, 82001731, 85100110, 85100218, 85400556, 85400530 e 85400548.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente posterior dentro da parametrização;

**1.3.** Para dentes tratados endodonticamente, aceita-se núcleo de preenchimento, pré-fabricado ou núcleo metálico fundido;

**1.4.** Em dentes com vitalidade pulpar, a critério do auditor, anexar por escrito avaliação do endodontista na ficha odontológica eletrônica;

**1.5.** Em restauração inlay a coroa provisória não é autorizada, salvo análise criteriosa da auditoria;

**1.6.** Apenas serão aceitas para confecção desse procedimento, material radiopaco. Em hipótese alguma será aceito material forrador ou restaurador radiolúcido;

**1.7.** Não autorizado para dentes que sejam pilares de prótese fixa;

**1.8.** Valores de laboratório de prótese incluídos no procedimento; e

**1.9.** Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82000875 - Exodontia simples de permanente**

**1.1.** Tempo de Recorrência: 1 vez na vida;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em realizar a extração dentária com alveoloplastia, caso necessário, de dentes permanentes;

**1.4. Indicação:** remoção de elementos condenados, proveniente de cáries extensas que não permitam sua reabilitação restauradora e protética; necrose pulpar irreversível não tratada endodonticamente por canal muito tortuoso, calcificado, e em outros casos não possíveis de serem tratados; doença periodontal grave, traumatismos e por indicação ortodôntica; e

**1.5.** Incompatibilidade: todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 75318000, 82000298, 82000875, 82001731, 83000089, 82001073 e 83000089.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente, uma vez na vida, dentro da parametrização;

**1.3.** Nos casos de exodontias de dentes hígidos, anexar na guia cadastrada encaminhamento do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante;

**1.4.** Nos casos de exodontias com finalidade ortodôntica, há necessidade de anexar na guia cadastrada, solicitação do ortodontista, com carimbo da especialidade, especificando obrigatoriamente os elementos dentários indicados; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5.** Necessário radiografia periapical e/ou panorâmica, conforme indicação, na auditoria prospectiva.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização dos Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **77501012 – Exodontia de permanente supranumerário**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1 vez na vida;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em realizar a extração dentária com alveoloplastia, caso necessário, de dentes permanentes completamente formados, que excedam os 32 elementos permanentes normais;

**1.4. Indicação:** remoção dentária proveniente de elemento dentário extranumerário que esteja parcial ou totalmente irrompido; e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000298, 82000875 , 83000089 , 82001073, 83000089, 82001731 e 82001740 .

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente permanente, uma vez na vida, dentro da parametrização;
- 1.3. Nos casos de dentes supranumerários múltiplos no mesmo segmento, anexar os exames radiográficos na guia, e, caso seja necessário anexar o encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante; e
- 1.4. Necessário radiografia periapical e/ou panorâmica, conforme indicação, na auditoria prospectiva.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.2. A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização dos Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);
- 1.3. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;
- 1.4. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.5. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82000859 Exodontia de raiz residual**

- 1.1. Tempo de Recorrência: 1 vez vida;
- 1.2. Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** Consiste em realizar a exodontia de um remanescente dentário sem a coroa que fica retido no osso podendo estar visível ou não;

**1.4. Indicação:** remoção dentária proveniente de cáries extensas que ocasionam a destruição total da coroa ou de uma exodontia em que houve a retirada da coroa sem a completa remoção da raiz ou raízes; e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000298, 82000883, 82000891,82000905, 82000913, 82001740, 82001731, 82000875, 82001731, 83000089, 82001740 e 82001731.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia, análise da auditoria e, posteriormente, sujeito à aprovação da auditoria retrospectiva;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente uma vez na vida dentro da parametrização; e

**1.3.** Necessário radiografia periapical e/ou panorâmica, conforme indicação, na auditoria prospectiva;

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização dos Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.4. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.5. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **3.6. PERIODONTIA**

#### **Regras gerais:**

1.1. Conforme normativa, um paciente não poderá ter para um mesmo tratamento, solicitação de Raspagem Subgengival por Segmento e Raspagem Supragengival por Segmento;

1.2. O periograma é obrigatório nos casos de Raspagem Subgengival por Segmento, devendo conter identificação do paciente, data de realização recente e relativa ao tratamento em andamento, com preenchimento dos locais com presença de bolsa periodontal acima de 4 mm de profundidade (informar a sondagem, de no mínimo, 3 bolsas periodontais) , não sendo aceito números fracionados (por exemplo: 3,14, 3,5, etc.);

1.3. A radiografia inicial periapical ou panorâmica atualizada (365 dias) é exigida nos casos de Raspagem Subgengival por Segmento e casos cirúrgicos, ou nos demais casos, a critério do auditor;

1.4. Poderão ser solicitadas fotografias iniciais ou finais, a critério do auditor (p.e.: enxerto livre/conjuntivo por elemento, frenectomia ou bridectomia, aumento de coroa clínica, gengivectomia por elemento ou por segmento e outros);

1.5. Procedimentos cirúrgicos periodontais serão liberados após 60 dias da conclusão do tratamento periodontal básico, ou com justificativa do especialista, mediante avaliação da auditoria;

1.6. Múltiplas exodontias devem conter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do paciente e laudo periodontal condenando os elementos dentários, anexados na guia;

1.7. Para “tratamento de processos agudos periodontais” não haverá liberação do tratamento básico na mesma sessão, sendo considerado um procedimento de urgência, para alívio de dor;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.8.** Para fins de auditoria retrospectiva, é necessário que seja anexado o Formulário de Realização de Raspagem Subgengival e Pacote Prevenção em Periodontia (anexo II);

**1.9.** Necessário incluir, pós-tratamento realizado, mesmo que imediato, fotografia das regiões tratadas por meio dos seguintes procedimentos:

85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES
82000646	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL
82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE
75311000	GENGIVECTOMIA POR SEGMENTO
82000921	GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO
82000557	CUNHA PROXIMAL
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL
82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA

### **85300047 - Raspagem supra-gengival**

**1.1.** Procedimento normatizado conforme Portaria nº 006/2023/IPASGO;

**1.2.** Tempo de recorrência: 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias para retorno;

**1.3. Idade:** mínima 10 anos e máxima de 111 anos;

**1.4. Descrição:** para caracterizar a necessidade de Raspagem Supragengival por Segmento, deve apresentar sondagem menor ou igual a 3 mm, sendo liberado por segmento;

**1.5. Indicação:** tratamento do paciente portador de bolsa com profundidade de sondagem menor ou igual a 3 mm; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.6.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 75311000, 82000417, 82000557 , 82000646.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Autorizado sem radiografias iniciais ou preenchimento do periograma;

**1.3.** Para o cadastro da solicitação da Raspagem Supragengival por Segmento, é necessário acrescentar fotografia de boca total (para efeito de contagem de segmentos e visualização da condição clínica bucal);

**1.4.** É considerado segmento completo a presença de no mínimo 03 (três) dentes. Caso a quantidade de dentes seja menor que 03 (três), somam-se os dentes dos diferentes segmentos incompletos, desde que tenham até 02 (dois) dentes; e

**1.5.** As fotografias deverão focalizar as faces envolvidas na doença periodontal (vestibular, palatina e lingual), não sendo aceitas fotografias com vista oclusal.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

## **85300039 - Raspagem sub-gengival/alisamento radicular**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Procedimento normatizado conforme Portaria nº 006/2023/IPASGO;
- 1.2. Tempo de Recorrência: 180 (cento e oitenta) dias para retorno;
- 1.3. Idade: mínima 12 anos e máxima de 111 anos;
- 1.4. **Descrição:** tratamento do paciente portador de bolsa periodontal igual ou acima de 4 mm de profundidade;
- 1.5. **Indicação:** para caracterizar a necessidade de Raspagem Subgingival /alisamento Radicular, deve haver profundidade de bolsa periodontal igual ou acima de 4 mm de profundidade, em pelo menos 03(três) segmentos (não sendo aceitos números fracionados de profundidade de sondagem), sendo liberado por segmento;

Observação: caso o paciente apresente menos de 03 (três) segmentos, deve haver profundidade de bolsa periodontal igual ou acima de 4 mm de profundidade, em pelo menos 03 (três) sítios; não sendo aceitos números fracionados de profundidade de sondagens; e

- 1.6. Incompatibilidade: não combina com os códigos 75311000, 82000417, 82000557 e 82000646.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Para autorização deste procedimento será necessário anexar fotografia de boca total (para visualização da condição clínica bucal), radiografia inicial atualizada (periapical, bitewing ou panorâmica), realizada no período de até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contemplando os segmentos solicitados e periograma atualizado;
- 1.3. As fotografias deverão focalizar as faces envolvidas na doença periodontal (vestibular, palatina e lingual), não sendo aceitas fotografias com vista oclusal;
- 1.4. É considerado segmento completo a presença de no mínimo 03 (três) dentes. Caso a quantidade de dentes seja menor que 03 (três), somam-se os dentes dos diferentes segmentos incompletos, desde que tenham até 02 (dois) dentes; Ex: S1 (2 dentes) + S2 (1 dente) = 1 segmento, com no mínimo 3 dentes);

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5.** Caberá ao profissional assistente definir o número de sessões conforme estágio clínico da doença, uma vez que o diagnóstico e o tratamento são de responsabilidade do prestador solicitante; e

**1.6.** Até 3 dentes é considerado um segmento, sendo o máximo de 6 segmentos.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

**1.4.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário de Realização de Raspagem Subgengival e Pacote Prevenção em Periodontia (anexo II); e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **98000003 - Pacote de prevenção em periodontia**

**1.1.** Procedimento normatizado conforme Portaria nº 006/2023/IPASGO;

**1.2.** Tempo de Recorrência: não se aplica;

**1.3.** Idade: mínima 10 anos e máxima de 111 anos; e

**1.4. Descrição:** evidenciação do biofilme por meio do uso de evidenciadores. É feito por sessão. Este procedimento compreende a orientação ao paciente sobre a doença periodontal e as suas possíveis causas e meios de prevenção. Deverá ser usado evidenciadores de placa bacteriana e nos pacientes com contraindicação do uso dos mesmos deverá ser feito justificativa por escrito com a assinatura do paciente. Informar e motivar o paciente quanto à

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

necessidade de manter a higiene bucal, devendo ser fornecida a orientação quanto: aos métodos de higienização e seus produtos, tais como escovas dentais, fios dentais, cremes dentais e antissépticos orais, tanto no que diz respeito à qualidade quanto ao uso; à cárie dental; à doença periodontal; ao câncer bucal; à manutenção de próteses. Consiste também na profilaxia e posterior aplicação tópica de flúor gel sobre a superfície dental, por sessão.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. O Pacote de Prevenção pode ser solicitado junto aos procedimentos de Raspagem Subgengival ou Supragengival e procedimentos cirúrgicos. E a sua execução deverá ser realizada, preferencialmente, antes dos procedimentos solicitados; e
- 1.2. Poderá ser solicitado um novo pacote de prevenção em periodontia, isoladamente, após 180 (cento e oitenta) dias de realização do procedimento de raspagem.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;
- 1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;
- 1.3. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva; e
- 1.4. A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário de Realização de Raspagem Subgengival e Pacote Prevenção em Periodontia (anexo II).

### **85300063 - Tratamento de abscesso periodontal agudo**

- 1.1. Tempo de Recorrência: 1 para cada dente;
- 1.2. Idade: mínima 12 anos e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** é o procedimento de drenagem de abscesso periodontal. Drenagem do conteúdo purulento na 1ª sessão, em conjunto com a consulta inicial. **É um procedimento de urgência**, para alívio da dor; e

**1.4. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 84000090, 85300039, 75306000, 85300047, 75311000, 82000417, 82000557, 82000646, 82000883, 82001073, 82000212 e 82000875.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Máximo de 1 por dente;

**1.3.** Acima do número parametrizado por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva;

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia inicial em auditoria prospectiva.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Webplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85300020 - Imobilização dentária em dentes permanentes**

**1.1.** Tempo de Recorrência: 180 dias;

**1.2.** Idade: mínima 06 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Indicação:** Consiste na imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade, provocado por doença periodontal, confeccionada em resina fotopolimerizável; e

**1.4.** Incompatibilidade: 82001251.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e
- 1.2. Autorizado mediante a comprovação de necessidade de contenção dentária por meio de exame radiográfico inicial.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;
- 1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.3. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82000646 - Enxerto conjuntivo subepitelial (ECS)**

- 1.1. Tempo de recorrência: 180 dias;
- 1.2. Idade: mínima 11 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** é um procedimento cirúrgico comum na periodontia, utilizado principalmente para o aumento de volume tecidual e cobertura de raízes expostas. Esse enxerto envolve a retirada de tecido conjuntivo da camada subepitelial do palato e a sua colocação na área receptora, geralmente na gengiva;
- 1.4. **Indicação:** é uma das principais indicações do ECS é a cobertura de recessão gengival, utilizado para cobrir raízes dentárias expostas, reduzindo a sensibilidade dentária, assim como aumento de tecido gengival em regiões com déficit de tecido queratinizado ou gengiva fina, o enxerto pode ser utilizado para aumentar o volume e fortalecer a gengiva ao redor de dentes; Em casos de reabsorção de raiz, o ECS pode ajudar a cobrir a raiz exposta e prevenir a progressão, e pode ser indicado para corrigir defeitos periodontais, promovendo uma cicatrização mais favorável e a regeneração tecidual; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 85300039, 82000298, 75311000, 82000557 e 82000212.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente no período de 180 dias;

**1.3.** Necessária a apresentação de radiografia inicial, e justificativa da solicitação, podendo ser solicitada fotografia da região; e

**1.4.** Procedimentos cirúrgicos periodontais serão liberados após 60 dias da conclusão do tratamento periodontal básico, ou com justificativa do especialista, ou ainda após resolução de inflamação no local, mediante avaliação da auditoria.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada

na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema, esclarecendo o fato (o mesmo deve obrigatoriamente conter os dados do paciente, o dente, data e as assinaturas do paciente e do profissional em papel timbrado e carimbado).

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **82000662 - Enxerto Gengival Livre - EGL**

**1.1.** Tempo de recorrência: 180 dias;

**1.2.** Idade: mínima 11 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** e um procedimento cirúrgico periodontal no qual uma porção de tecido gengival (normalmente retirado do palato) é transplantado para uma área que necessita de aumento de tecido gengival. Diferente do Enxerto Conjuntivo Subepitelial, o EGL envolve tanto a epiderme (camada superior) quanto o tecido conjuntivo da área doadora;

**1.4. Indicação:** aumento da Faixa de Gengiva Queratinizada: Utilizado em áreas onde há pouca ou nenhuma gengiva queratinizada, para proteger contra o trauma e melhorar a estabilidade dos tecidos moles; Correção de Defeitos de Gengiva Marginal: Indicado em pacientes com recessão gengival leve a moderada, onde há exposição da raiz do dente e perda de gengiva.

Cobertura de Raízes Expostas: Em algumas situações, o EGL pode ser indicado para cobrir raízes dentárias expostas, embora seja mais comum o uso de enxertos conjuntivos subepiteliais para essa finalidade. Prevenção de Traumas Oraís: Em áreas com ausência de tecido gengival adequado, o EGL ajuda a proteger a mucosa oral de traumas resultantes de escovação ou alimentação; e

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 82000646, 85300039, 82000298, 75311000, 82000557 e 82000212.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente no período de 180 dias;

**1.3.** Necessária a apresentação de radiografia inicial, e justificativa da solicitação, podendo ser solicitada fotografia da região; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4.** Procedimentos cirúrgicos periodontais serão liberados após 60 dias da conclusão do tratamento periodontal básico, ou com justificativa do especialista, ou ainda após resolução de inflamação no local, mediante avaliação da auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema, esclarecendo o fato (o mesmo deve obrigatoriamente conter os dados do paciente, o dente, data e as assinaturas do paciente e do profissional em papel timbrado e carimbado).

#### **82000921 - Gengivectomia por elemento**

**1.1.** Tempo de recorrência: 365 dias;

**1.2.** Idade: mínima 6 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** remoção de tecido gengival sem remoção óssea. É necessário a indicação do elemento dentário a ser operado para a autorização. Só serão autorizados após a realização dos procedimentos básicos. Este procedimento não tem finalidade estética. Procedimento cirúrgico que consiste na redução de bolsas periodontais supra-ósseas (até 4 mm) ou para refazer contornos gengivais anormais tais como crateras e hiperplasias gengivais; e

**1.4.** Incompatibilidade: 82000417, 75311000; 82000212, 82001286, 82001740, 82001731, 82000875, 82001731 e 83000089.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica por meio da radiografia enviada eletronicamente para auditoria prospectiva, poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria;
- 1.3. Autorizado para tratamento endodôntico quando há invasão do espaço biológico, impedindo isolamento ou reabilitação posterior;
- 1.4. Não autorizado com finalidade estética, como, após tratamento ortodôntico e sorriso gengival; e
- 1.5. Para beneficiários que fazem uso de medicamentos que causam a Hiperplasia Gengival Medicamentosa, deverá constar no laudo.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;
- 1.3. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva; e
- 1.4. Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema esclarecendo o fato (o mesmo deverá obrigatoriamente conter os dados do paciente, o dente, a data e as assinaturas do paciente e do profissional em papel timbrado e carimbado).

### **75311000 – Gengivectomia (por segmento)**

- 1.1. Tempo de recorrência: máximo de 06 segmentos por 180 dias;
- 1.2. Idade: mínima 6 anos e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** remoção de tecido gengival, sem remoção óssea. É necessário a indicação dos sextantes (segmentos: S1; S2; S3; S4; S5; S6) a serem operados para a autorização. Só serão autorizados após a realização dos procedimentos básicos. Este procedimento não tem finalidade estética. Procedimento cirúrgico que consiste na redução de bolsas periodontais supra-ósseas (até 4 mm) ou para refazer contornos gengivais anormais, tais como crateras e hiperplasias gengivais; e

**1.4. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 82000417, 82000921, 82000212.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica por meio de fotos, enviada eletronicamente para auditoria;

**1.3.** Não autorizado com finalidade estética. Ex: Após tratamento ortodôntico; sorriso gengival;

**1.4.** Para beneficiários que fazem uso de medicamentos que causam a Hiperplasia Gengival Medicamentosa, deverá constar no laudo; e

**1.5.** Procedimentos cirúrgicos periodontais serão liberados após 60 dias da conclusão do tratamento periodontal básico, ou com justificativa do especialista, mediante avaliação do auditor.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Dispensa apresentação de radiografia inicial e final em auditoria.

#### **82000417 - Cirurgia periodontal a retalho**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Tempo de recorrência: máximo de 06 segmentos por 180 dias;
- 1.2. Idade: mínima 12 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** abertura de retalho e acesso ósseo para tratar bolsas periodontais persistentes. Avaliar a quantidade de segmentos a serem operados (segmentos: S1; S2; S3; S4; S5; S6). Só serão autorizados após a realização de tratamento de raspagem periodontal. Necessita-se de radiografia da área a ser operada; e
- 1.4. Incompatibilidade: não combina com os códigos 75311000; 82000212, 85300047, 82000557, 82000883, 82000891, 82000905 e 82000913.

#### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Máximo de 6 segmentos;
- 1.3. Acima do número parametrizado por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva; e
- 1.4. Procedimentos cirúrgicos periodontais serão liberados após 60 dias da conclusão do tratamento periodontal básico, ou com justificativa do especialista, ou ainda após resolução de inflamação no local, mediante avaliação da auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.3. Necessário rx inicial, e poderá ser solicitado fotografias a qualquer momento que a auditoria julgar necessário; Não há obrigatoriedade de radiografia final.

#### **82000557 - Cunha proximal**

- 1.1. Tempo de recorrência: 120 dias;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Idade: mínima 6 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** é uma técnica cirúrgica utilizada na periodontia, especialmente em casos de inflamação gengival severa ou quando há necessidade de remoção de excesso de tecido gengival. Ela envolve a remoção de uma porção de tecido gengival na região proximal, geralmente na área posterior, para facilitar a cicatrização e a manutenção da saúde periodontal;

**1.4. Indicação:** tratamento cirúrgico de bolsas periodontais com defeito ósseo-angular na superfície distal de molares, que dispõe de gengiva inserida reduzida; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 75311000, 82000417 e 82000212.

**Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

**1.2.** Procedimentos cirúrgicos periodontais serão liberados após 60 dias da conclusão do tratamento periodontal básico, ou com justificativa do especialista ou ainda após resolução de inflamação no local, mediante avaliação do auditor;

**Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria.

**82000298 – Bridectomia**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** remoção de bridas. Serão liberados quando estiverem causando interferência na área de inserção. Deverão ser indicados os segmentos a serem operados; e

**1.4. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 75311000, 82000417 e 82000212.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

**1.2.** Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria.

#### **82000883 - Frenulectomia labial**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** remoção completa de freios labiais superior e inferior;

**1.4. Indicação:** esse procedimento é indicado em casos mais severos, quando o freio interfere na função normal. Serão liberados quando estiverem causando interferência na área de inserção. Deverão ser indicados os segmentos a serem operados; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 75311000; 82000417; 82000212, 82000905 e 82000298.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e
- 1.2. Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;
- 1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.3. Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria.

### **82000891 - Frenulectomia lingual**

- 1.1. Tempo de recorrência: não se aplica;
- 1.2. Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** remoção completa de freios linguais superior e inferior;
- 1.4. **Indicação:** esse procedimento é indicado em casos mais severos, quando o freio interfere na função normal. Serão liberados quando estiverem causando interferência na área de inserção. Deverão ser indicados os segmentos a serem operados; e
- 1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 75311000; 82000417; 82000212, 82000905, 82000298 e 82000913.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.2. Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo.

### **Regras de Auditoria:**

1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Webplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.3. Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria.

### **82000905 - Frenulotomia labial**

1.1. Tempo de recorrência: não se aplica;

1.2. Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;

1.3. **Descrição:** é uma cirurgia mais conservadora, onde o freio é apenas parcialmente cortado ou liberado, sem ser completamente removido. O objetivo é liberar a tensão exercida pelo freio sem removê-lo por completo;

1.4. **Indicação:** Situações onde o freio interfere moderadamente com a movimentação dos lábios ou da língua, mas não requer uma remoção completa; e

1.5. **Incompatibilidade:** Não combina com os códigos 75311000; 82000417; 82000212, 82000905 e 82000298.

### **Regras de Regulação:**

1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

1.2. Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria.

### **82000913 - Frenulotomia lingual**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** é uma cirurgia mais conservadora, onde o freio é apenas parcialmente cortado ou liberado, sem ser completamente removido. O objetivo é liberar a tensão exercida pelo freio sem removê-lo por completo;

**1.4. Indicação:** situações onde o freio interfere moderadamente com a movimentação dos lábios ou da língua, não requer uma remoção completa e casos mais leves de anquiloglossia em que a função é limitada, mas sem a necessidade da remoção total do freio; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 75311000; 82000417; 82000212, 82000298 e 82000891.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

**1.2.** Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo.

### **Regras de Auditoria:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria.

### **82001073 – Odonto-secção**

**1.1.** Tempo de recorrência: máximo de 06 por 180 dias;

**1.2.** Idade: mínima 6 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** procedimento cirúrgico utilizado para remover dentes parcialmente impactados ou com dificuldades de extração, principalmente os terceiros molares. Esse procedimento envolve a divisão do dente em partes menores, facilitando sua remoção de forma menos traumática para o paciente;

**1.4. Indicação:** a odonto-secção é indicada em casos onde a extração convencional seria difícil ou arriscada, como:

**1.4.1. Dentes Impactados ou Inclusos:** quando o dente está preso no osso ou gengiva, tornando impossível a extração direta;

**1.4.2. Dentes Fraturados:** se o dente sofreu fraturas complexas que dificultam sua remoção em uma única peça;

**1.4.3. Espaço Limitado:** em áreas da boca onde há pouco espaço para manobrar instrumentos de extração;

**1.4.4. Evitar Danos a estruturas adjuntas:** para prevenir danos a nervos, ossos ou dentes vizinhos, especialmente em áreas sensíveis como a mandíbula inferior; e

**1.5. Incompatibilidade:** 82000875 , 82001286 , 82001731 , 82001502, 82001634, 82001740, 82001731, 82000182 , 82000174, 77513000, 82000077, 82000166, 82000158 e 82001022.

### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

1.2. Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica por meio da radiografia enviada eletronicamente para auditoria prospectiva.

### **Regras de Auditoria:**

1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva; e

1.5. Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema, esclarecendo o fato (o mesmo deve obrigatoriamente conter os dados do paciente, o dente, data e as assinaturas do paciente e do profissional em papel timbrado e carimbado).

### **82000212 - Aumento de coroa clínica**

1.1. Tempo de recorrência: 365 dias;

1.2. Idade: mínima 6 anos e máxima de 111 anos;

1.3. **Descrição:** intervenção cirúrgica para recuperação do espaço biológico (aproximadamente 3 mm a partir da crista óssea alveolar até a borda do dente), para posterior tratamento. São as cirurgias para aumentar a coroa clínica com indicação da endodontia, restauração ou prótese. É autorizado de acordo com a quantidade de dentes a serem operados; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4.** Incompatibilidade: 82000417 , 75311000, 82000557, 82001286, 82001740, 82001731, 82000875 , 82001731 e 83000089.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica por meio da radiografia enviada eletronicamente para auditoria prospectiva; e

**1.3.** Não autorizado com finalidade estética. Ex: após tratamento ortodôntico, sorriso gengival ou dentre outros.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Desnecessário radiografia final, apenas inicial, mas poderá ser solicitada fotografia (principalmente por palatina/lingual ou vestibular) a critério da auditoria.

### **82000875 - Exodontia simples de permanente**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1 vez na vida;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em realizar a extração dentária com alveoloplastia, caso necessário, **de dentes permanentes;**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicação:** remoção de elementos condenados, proveniente de cáries extensas que não permitam sua reabilitação restauradora e protética; necrose pulpar irreversível não tratada endodonticamente por canal muito tortuoso, calcificado, e em outros casos não possíveis de serem tratados; doença periodontal grave, traumatismos e por indicação ortodôntica; e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000875, 83000089, 83000089, 8200173, 82000859, 82001294, 72730013, 82001740 e 82001731.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente, uma vez na vida, dentro da parametrização;

**1.3.** Nos casos de exodontias de dentes hígidos, anexar na guia cadastrada encaminhamento do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante;

**1.4.** Nos casos de exodontias com finalidade ortodôntica, há necessidade de anexar na guia cadastrada, solicitação do ortodontista, com carimbo da especialidade, especificando **obrigatoriamente os elementos dentários indicados; e**

**1.5.** Necessário radiografia inicial periapical e/ou panorâmica.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Webplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;
- 1.4. A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização dos Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV); e
- 1.5. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **77501012 – Exodontia de permanente supranumerário**

- 1.1. Tempo de recorrência: 1 vez na vida;
- 1.2. Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em realizar a extração dentária com alveoloplastia, caso necessário, de dentes permanentes completamente formados, que excedam os 32 elementos permanentes normais;
- 1.4. **Indicação:** remoção dentária proveniente de elemento dentário extranumerário que esteja parcial ou totalmente irrompido; e
- 1.5. Incompatibilidade: todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000875, 83000089, 83000089, 82001731 82000875, 82000859, 82001294, 72730013 e 82001740.

#### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente permanente, uma vez na vida, dentro da parametrização;
- 1.3. Nos casos de dentes supranumerários múltiplos no mesmo segmento, anexar os exames radiográficos na guia, e, caso seja necessário anexar o encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante; e
- 1.4. Necessário radiografia periapical e/ou panorâmica, conforme indicação, na auditoria prospectiva.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;
- 1.4. A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização dos Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV); e
- 1.5. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82000859 Exodontia de raiz residua**

- 1.1. Tempo de recorrência: 1 vez vida;
- 1.2. Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em realizar a exodontia de um remanescente dentário sem a coroa que fica retido no osso podendo estar visível ou não;
- 1.4. **Indicação:** remoção dentária proveniente de cáries extensas que ocasionam a destruição total da coroa ou de uma exodontia em que houve a retirada da coroa sem a completa remoção da raiz ou raízes; e
- 1.5. Incompatibilidade: todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000298, 82000883, 82000891, 82000905, 82000913, 82000875, 82001731, 83000089, 82001740 e 82001731.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia, análise da auditoria e, posteriormente, sujeito à aprovação da auditoria retrospectiva;
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente permanente uma vez na vida dentro da parametrização; e
- 1.3. Necessário radiografia periapical e/ou panorâmica, conforme indicação, na auditoria prospectiva.

### **Regras de Auditoria:**

1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;
3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
4. A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização dos Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV).

## **3.7. RADIOLOGIA**

### **Regras gerais:**

- 1.1. Nas solicitações, quando o número de radiografias periapicais exceder a 9(nove), o prestador de serviços deve solicitar um check-up radiográfico;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Em codificações de procedimentos que exigem documentação adicional, como radiografias, é crucial garantir que todos os requisitos sejam atendidos para garantir a aprovação do procedimento e o pagamento da guia;

**1.3.** As solicitações de tomografia computadorizada devem ser acompanhadas com exames prévios e justificativas;

**1.4.** Não são aceitos como justificativas solicitações com finalidades de ortodontia ou exames complementares para implantes;

**1.5.** Regras gerais de indicações por especialidade:

**1.5.1. Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais:** extra Orais/ oclusais;

**1.5.2. Dentística Restauradora:** periapicais e Interproximais;

**1.5.3. Endodontia:** periapicais e técnica de localização topográfica;

**1.5.4. Odontopediatria:** interproximais com complementação, se necessário; Patologia;

**1.5.5. Bucal/Estomatologia:** periapicais, Panorâmica, Oclusais;

**1.5.6. Periodontia:** periapicais, Panorâmica;

**1.5.7. Prótese Dentária:** periapical, interproximal e/ou panorâmica (DTM, ausências dentárias).

**1.6.** Na indicação das radiografias a serem realizadas em seus pacientes, o prestador deve sempre ter em mente que as radiografias indicadas devem trazer o maior número de informações, com a menor dose de radiação e o menor custo;

**1.7.** Nas solicitações de outros exames radiográficos, além do necessário para o tratamento proposto, o prestador deverá justificar a necessidade ou indicação do exame, ou ainda, se o paciente será encaminhado para outro profissional, antecipando o diagnóstico e as possíveis necessidades de tratamento;

**1.8.** Sobre a apresentação de laudos radiográficos odontológicos:

A Portaria Normativa nº 001/2021/2021/DAS/IPASGO determina que as clínicas radiológicas em odontologia anexem os laudos radiográficos a todos os exames de imagens realizados.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

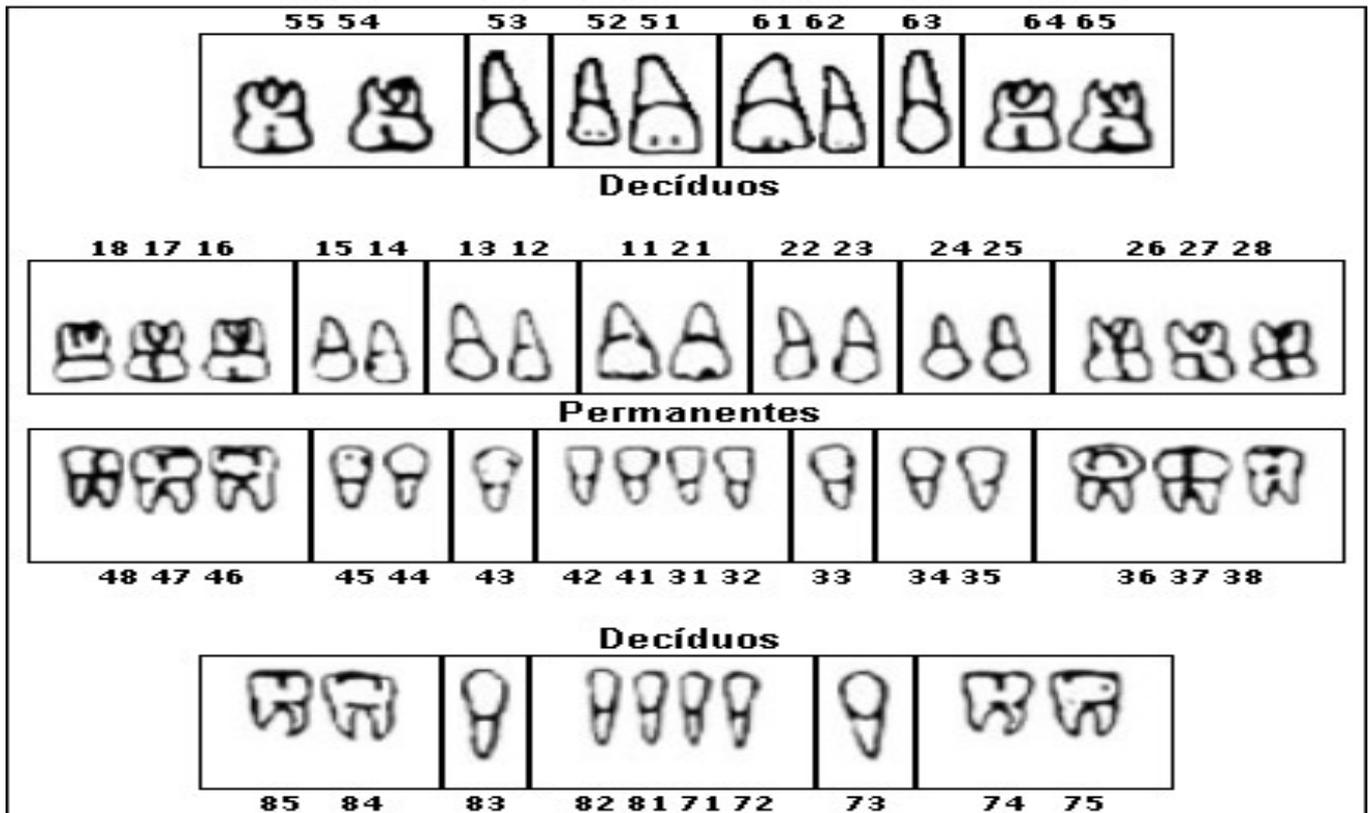
---

*Observação:* ficam dispensados da apresentação de laudos, os exames de urgência ou emergência, devidamente comprovados via Termo anexo, preenchido e assinado pelo prestador e/ou usuário que motive a entrega do exame radiográfico sem laudo;

**1.9.** Os laudos de radiologia em odontologia devem ser emitidos por especialistas em radiologia odontológica, conforme Resolução CFO nº 63/2005 do Conselho Federal de Odontologia (CFO), que estabelece que apenas cirurgiões-dentistas com especialização em Radiologia e Imaginologia podem emitir laudos radiológicos;

**1.10.** Ao realizar exames radiográficos, as clínicas devem fornecer os laudos radiográficos detalhados, que incluem a interpretação dos resultados e a justificativa clínica para os exames, como parte do processo de documentação e solicitação de cobertura. Isso ajuda a garantir que os procedimentos sejam devidamente avaliados e que os custos sejam cobertos conforme as políticas do plano de saúde; e

**1.11.** A título de orientação, o Ipasgo SSA segue os seguintes grupos de dentes nas indicações:



## EXAMES RADIOLÓGICOS

### 81000421 - Radiografia periapical

**1.1.** Tempo de Recorrência: 1 por ano para a mesma região;

**1.2.** Idade: mínima 01 ano e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na realização de exame de imagem com finalidade de obter uma visão do conjunto de estruturas componentes do órgão dental e da região periapical. Realizada com película periapical inteira ou cortada ao meio, ou ainda com película infantil, mesmo que realizada em adultos. As podem ser de 2,0x3,0; 2,2x3,5; 2,4x4,0 ou 3,0x4,0;

**1.4. Indicação:** Finalidade de obter uma visão de conjunto de estruturas componentes do órgão dental e região periapical. É indicada para estudos individuais ou de grupos de dentes, proporcionando por meio de uma imagem bidimensional uma visão da anatomia dentária

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

(coroa e raiz) e das estruturas que circundam o dente (espaço articular, osso alveolar e demais estruturas anatômicas). Para estudo completo das arcadas dentárias são indicadas 14 radiografias periapicais. Estas são algumas indicações das radiografias periapicais:

- Avaliar coroas e raízes dos dentes permanentes;
- Avaliar ossos alveolares e diagnosticar perdas ósseas;
- Diagnosticar lesões periapicais;
- Visualizar presenças de materiais restauradores;
- Visualizar presenças e qualidade dos tratamentos endodônticos;
- Diagnosticar cálculos pulpares;
- Diagnosticar lesões císticas, neoplásicas e presenças de corpos estranhos;
- Diagnosticar qualidade óssea; e
- Diagnosticar trauma oclusal;

**1.5. Incompatibilidade:** Não combina com os códigos 70350000.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência;

**1.2.** Máximo de 14 radiografias/ano, sendo que acima de 09 radiografias periapicais o prestador deverá indicar a realização de check-up radiográfico com código 70350000. Em auditoria retrospectiva, caso sejam detectadas mais periapicais que o número permitido, será feito glosa do excesso;

**1.3.** Acima do número de radiografias parametrizadas por ano, autorizada mediante auditoria eletrônica; e

**1.4.** Autorizado para comprovação da realização de procedimentos odontológicos parametrizados, que exigem radiografias finais.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

### **81000375 - Radiografia interproximal – bite-wing**

**1.1.** Tempo de Recorrência: 180 dias para a mesma região;

**1.2.** Idade: mínima 02 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na realização de exame de imagem com objetivo de visualizar as faces proximais e crista óssea alveolar dos dentes posteriores. Realizada com película periapical inteira ou cortada ao meio, ou ainda com película infantil, mesmo que realizada em adultos. As películas podem ser de 3,0x2,0; 3,5x2,2; 2,4x4,0; 4,0x2,4; 4,0x3,0 ou 5,3x2,6; e

**1.4. Indicação:** objetivo de visualizar as faces proximais e crista óssea alveolar dos dentes posteriores. É indicada para visualização mais precisa das coroas dos dentes posteriores, ou seja, os pré-molares e molares dos lados direito e esquerdo. Como são radiografias realizadas com o paciente em oclusão conseguimos visualizar os dentes superiores e inferiores no mesmo exame radiográfico. São 4 as radiografias interproximais para visualização total das coroas dos dentes posteriores e suas indicações são:

-Diagnosticar cáries oclusais e interproximais;

-Diagnosticar adaptação das restaurações e próteses fixas;

-Diagnosticar trauma oclusal; e

-Visualizar câmara pulpar e possíveis alterações, altura e integridade da crista óssea.

### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o Tempo de Recorrência;
- 1.2. Máximo de 4 radiografias a cada 180 dias para os dentes posteriores (02 radiografias para os pré molares e molares do lado direito e 02 para o lado esquerdo);
- 1.3. Acima do número de radiografias parametrizadas por ano, autorizada mediante auditoria eletrônica;
- 1.4. Autorizado para comprovação da realização de procedimentos odontológicos parametrizados, que exigem radiografias finais, como restaurações de classe II, restaurações e coroas protéticas em dentes posteriores para auditoria prospectiva; e
- 1.5. Incompatibilidade: não se aplica.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e
- 1.3. Pagamento condicionado ao Tempo de Parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

#### **81000383 - Rx oclusal**

- 1.1. Tempo de recorrência: 1 ano para mesma região;
- 1.2. Idade: mínima 02 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste na realização de exame de imagem com o auxílio diagnóstico na mandíbula e/ou na maxila. Realizada com película oclusal inteira, com filme simples ou duplo. As películas podem ser 5,7 x 7,5 cm, ou 5,7 x 7,6 cm;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicação:** indicada para pacientes desdentados totais, na investigação ou localização de resíduos de raízes, na localização de patologias bucais, fraturas dos maxilares, localização de dentes inclusos, no estudo das fendas palatinas, no controle da expansão do palato, localização de sialólitos da glândula submandíbular e anomalias; e

**1.5. Incompatibilidade:** não se aplica.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o Tempo de Recorrência;

**1.2.** Máximo de 2 (dois) por ano, 1 (um) para maxila e 1 (um) para a mandíbula; e

**1.3.** Acima do número de radiografias parametrizadas por ano, autorizada mediante auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

#### **81000405 Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)**

#### **70261000 RX panorâmica dos maxilares com traçado**

**1.1.** Tempo de recorrência: máximo 01 a cada 365 dias;

**1.2.** Idade: mínima 02 anos e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** a radiografia panorâmica, também chamada de ortopantomografia, é um exame de imagem que fornece uma visão ampla (panorâmica) das estruturas da boca, incluindo os dentes, maxilares, articulações temporomandibulares, ossos da face, seios maxilares e a estrutura geral da mandíbula e maxila. É uma técnica bidimensional que captura tanto o arco da mandíbula quanto o arco maxilar em uma única imagem;

**1.4. Indicação:** a radiografia panorâmica é indicada em uma variedade de situações, como:

**1.4.1.** Avaliação odontológica geral para fornecer uma visão completa dos dentes, identificando cáries, dentes inclusos, problemas de raiz, e alinhamento dos dentes;

**1.4.2.** Avaliação de dentes impactados, detecta dentes inclusos, especialmente os terceiros molares, e ajuda a planejar extrações;

**1.4.3.** Exame pré-cirúrgico, utilizada para avaliar as condições ósseas antes de procedimentos 1.de cirurgias de remoção de dentes;

**1.4.4.** Lesões e fraturas, diagnosticar fraturas nos ossos da mandíbula e maxila, ou outras lesões ósseas;

**1.4.5.** Cistos e tumores, ajuda na identificação de cistos, tumores benignos ou malignos, e outras anomalias ósseas ou de tecidos moles;

**1.4.6.** Doenças periodontais, avalia a perda óssea ao redor dos dentes e ajuda no planejamento de tratamentos para doenças periodontais;

**1.4.7.** Distúrbios da ATM, analisa as articulações temporomandibulares, auxiliando no diagnóstico de distúrbios dessa região; e

**1.5. Incompatibilidade:** não se aplica.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência;

**1.2.** Acima do número de radiografias parametrizadas por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.3. Não são aceitos como justificativas solicitações com finalidades de ortodontia ou exames complementares para implantes.

### **Regras de Auditoria:**

1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA

### **81000472 – Telerradiografia**

#### **81000480 - Telerradiografia com traçado cefalométrico**

1.1. Tempo de Recorrência: máximo de 01 por ano;

1.2. Idade: mínima 02 anos e máxima de 111 anos;

1.3. **Descrição:** avalia as relações dos elementos dentais com os maxilares, e dos maxilares com relação ao esqueleto facial, podendo assim avaliar os desvios de planos oclusais e as alterações pertinentes de acordo com a posição facial solicitada. Com ou sem traçado, mediante justificativa; e

1.4. **Indicação:** técnica radiográfica extrabucal de perfil do crânio facial em posição simétrica com finalidade de obter mensurações do mesmo. Incompatibilidade: Códigos iguais incompatíveis entre si (com e sem traçado).

### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência;

**1.2.** Não são aceitos como justificativas solicitações com finalidades de ortodontia ou exames complementares para implantes.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

### **70240000 Rx maxilar pa ou ap**

**1.1.** Tempo de recorrência: 365 dias;

**1.2.** Idade: mínima 2 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** pósterio-Anterior (PA): Técnica utilizada para visualização dos seios (paranasais, etmoidais e maxilares) no sentido pósterio-anterior. É possível visualizar velamentos, presença de corpos estranhos, fraturas e expansões decorrentes de processos patológicos. Antero-Posterior (AP): Técnica utilizada para visualização da parte posterior do crânio, dos côndilos e do seio frontal; e

**1.4.** Incompatibilidade: não se aplica.

### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência; e

**1.2.** Não são aceitos como justificativas solicitações com finalidades de ortodontia ou exames complementares para implantes.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA

#### **70350000 – Check-up radiológico adulto**

**1.1.** Tempo de recorrência: 365 dias;

**1.2.** Idade: mínima 11 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na realização de exame de imagem utilizando 14 radiografias periapicais com a finalidade de obter uma visão do conjunto de estruturas componentes dos dentes e das suas respectivas regiões periapicais. Realizada com película periapical inteira;

**1.4. Indicação:** finalidade de obter uma visão de conjunto de estruturas componentes do órgão dental e região periapical individualmente, levando em consideração a presença dos dentes nestas regiões; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 81000421 e 70360000.

#### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência;
- 1.2. Máximo de 14 radiografias/ano (radiografia final autorizada a parte, quando necessário);
- 1.3. Máximo de 14 radiografias/ano, sendo que acima de 09 radiografias periapicais o prestador deverá indicar a realização de check-up radiográfico com código 70350000.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado por meio de auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia, exame de imagem e laudo radiológico na fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

#### **70360000 – Check-up radiológico infantil**

- 1.1. Tempo de recorrência: 365 dias;
- 1.2. Idade: mínima 01 ano e máxima de 10 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste na realização de exame de imagem utilizando 10 radiografias periapicais infantis com a finalidade de obter uma visão do conjunto de estruturas componentes dos dentes decíduos e das suas respectivas regiões periapicais. Realizada com película periapical infantil;
- 1.4. **Indicação:** finalidade de obter uma visão de conjunto de estruturas componentes do órgão dental e região periapical individualmente, levando em consideração a presença dos dentes nestas regiões; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5. Incompatibilidade:** códigos 81000375 , 81000421 e 70350000.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência;

**1.2.** Máximo de 10 radiografias/ano (radiografia final autorizada a parte, quando necessário); e

**1.3. Indicação:** radiografias periapicais em crianças para o exame do dente e das estruturas que o rodeiam, contribuindo para a análise da relação dente decíduo/germe do permanente, dente com cárie profunda, dente com comprometimento periodontal ou endodôntico, dente traumatizado, dente com extensa restauração, anomalias dentárias, nódulos e calcificações pulpare, reabsorções e lesões periapicais, grau de rizólise/rizogênese.

Observações: nunca solicitar boca total de forma indiscriminada/como rotina, conforme literatura, exames interproximais permitem diagnóstico completo dos dentes posteriores, podendo ser solicitados periapicais específicas se necessário.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

### **70370000 – Rx do seio maxilar**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1 ano para mesma região;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Idade: mínima 02 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em tomada radiográfica com finalidade de visualizar o seio maxilar na mandíbula e na maxila;

**1.4. Indicação:** indicada para a investigação do seio maxilar, fraturas do terço médio da face como Le Fort I, II e III; avaliação do complexo zigomático, complexo naso-etmoidal, fratura orbitária, fratura do processo coronóide e investigação do seio esfenoidal; e

**1.5.** Incompatibilidade: não se aplica.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência; e

**1.2.** Acima do número de radiografias parametrizadas por ano, autorizada mediante auditoria eletrônica.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

#### **81000570 - Técnica de localização radiográfica**

**1.1.** Tempo de Recorrência: 1 ano para mesma região;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Idade: mínima 02 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em tomadas radiográficas utilizando 3 filmes periapicais adultos, variando a angulação horizontal da fonte de raio-X;

**1.4. Indicação:** diagnóstico de fraturas e perfurações dentárias onde a mudança na incidência do feixe de raios x auxiliará no diagnóstico da condição presente; e

**1.5.** Incompatibilidade: solicitação no mesmo dente.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência;

**1.2.** Acima do número de radiografias parametrizadas por ano, autorizada mediante auditoria eletrônica; e

**1.3.** Já inclui periapical do mesmo dente.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

#### **81000340 – Radiografia da atm**

**1.1.** Tempo de Recorrência: 365 dias para mesma região;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Idade: mínima 02 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em tomada radiográfica para verificação de anomalias e função da articulação têmporo-mandibular. Utilizada para a visualização do posicionamento condilar em relação a fossa mandibular nas posições boca aberta (máxima abertura), repouso e boca fechada (em oclusão);

**1.4. Indicação:** indicada para verificar o posicionamento e visualização da anatomia da ATM, avaliar o grau de movimentação e a relação com as estruturas circunvizinhas; e

**1.5.** Incompatibilidade: sem procedimentos incompatíveis.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência; e

**1.2.** Acima do número de radiografias parametrizadas por ano, autorizada mediante auditoria eletrônica.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

## **TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS ODONTOLÓGICAS**

### **Regras gerais:**

**1.1.** Para que a Tomografia Computadorizada seja autorizada é necessário ser apresentado, inicialmente, outros exames de imagens (panorâmica, periapical ou técnica de localização topográfica) em que não foi possível o diagnóstico;

**1.2.** As radiografias preliminares devem ser enviadas eletronicamente na guia do sistema WebPlan;

**1.3.** O pagamento do exame complementar está condicionado à comprovação de sua realização, por meio da anexação das imagens e laudo com as análises realizadas, todos com datas, nome do usuário e prestador solicitante;

**1.4.** A realização indevida e/ou não comprovada de qualquer procedimento, ainda que previamente autorizado, acarretará em glosa da guia autorizada;

**1.5.** Nas situações que envolvam elementos dentários e não seja evidenciada a possibilidade de reabilitação ou recuperação desses dentes, por meio do exame inicial realizado e anexado, não será autorizada tomografia complementar;

**1.6.** Não autorizado para planejamento de implantes e ortodontia, ou dentes já condenados;

**1.7.** Os exames de Tomografia Computadorizada Odontológica serão autorizados nos casos em que os exames iniciais não sejam passíveis de conclusão diagnóstica, a seguir:

-Fratura Dentária;

-Dentes Inclusos e Impactados;

-Fratura Óssea;

-Patologia do Seio Maxilar;

-Patologia de ATM/Articulação temporomandibular;

-Patologia e Tumores do Complexo dento maxilo facial;

-Trepanação/Perfuração Radicular e envolvimento de furca.

Observações:

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**Fratura Dentária:** o usuário já deverá ter realizado previamente uma radiografia odontológica convencional (periapical ou panorâmica), em que não foi possível diagnosticar a provável fratura ou trinca;

**Dentes Inclusos e Impactados:** o usuário já deverá ter realizado uma radiografia periapical em que seja possível a visualização de toda estrutura radicular, ou radiografia panorâmica, em que fora detectado relacionamento das raízes com o canal mandibular, dentes em posição rara, relacionamento de dentes inclusos com outros adjacentes e avaliação de concrecência, anquilose e/ou dilaceração radicular;

**Fratura Óssea:** o usuário já deverá ter realizado radiografias extra ou intra orais, nas quais não foi possível conclusão do diagnóstico em relação às fraturas;

**Patologia do Seio Maxilar:** o usuário já deverá ter realizado uma radiografia periapical nos casos específicos ou panorâmica ou PA do seio, quando for necessário elucidar alterações dentárias ou dentes/fragmentos e demais corpos estranhos no interior do seio maxilar, para diagnóstico e planejamento para remoção e/ou, no caso de suspeita, sinusite de origem exclusivamente odontogênica;

**Patologia e Tumores do Complexo Dento Facial:** o usuário já deverá ter realizado uma radiografia panorâmica, em que se detecta rarefação ou condensação óssea extensa, com suspeita de envolvimento da cortical óssea;

**Trepanação/Perfuração Radicular e Envolvimento de Furca:** o beneficiário já deverá ter realizado uma radiografia panorâmica e/ou periapical, além de avaliação clínica em que não foi possível concluir o diagnóstico sobre trepanação/perfuração radicular, ou envolvimento de furca; e

**1.8.** Em situações de Disfunções da ATM será realizada 02 (duas) incidências: 01 (uma) para boca fechada e 01 (uma) para boca aberta; O software faz a junção das duas posições.

### **70398003 – Tomografia da maxila**

### **70397007 – Tomografia da mandíbula**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1 ano;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Idade: mínima 00 ano e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição geral:** consiste em realização de exame de imagem com finalidade de identificar e delinear processos patológico e tumores do complexo Dento-Maxilo-Facial, visualizar dentes retidos e impactados, diagnosticar traumas ósseos e dentários, mostrar componentes ósseos da articulação temporomandibular e trepanação/perfuração radicular e envolvimento de furca;

**1.4. Indicação:** consiste na realização de exame de imagem com finalidade de identificar e delinear processos patológicos, visualizar dentes retidos, avaliar os seios para nasais e diagnosticar traumas; e

**1.5.** Incompatibilidade: não se aplica.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência; e

**1.2.** Não são aceitos como justificativas solicitações com finalidades de ortodontia ou exames complementares para implantes.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia, exame de imagem e laudo radiológico na fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Webplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **81000510 - Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam (tcfc)**

- 1.1. Tempo de recorrência: 1 ano;
- 1.2. Idade: mínima 00 ano e máxima de 111 anos;
- 1.3. Descrição: a Tomografia Computadorizada por Feixe Cônico (TCFC), também conhecida como Cone Beam, que oferece uma visão detalhada resultando em uma reconstrução tridimensional precisa das áreas de interesse;
- 1.4. Indicação: análise das Articulações Temporomandibulares - ATM para diagnóstico de disfunções; e
- 1.5. Incompatibilidade: não se aplica.

#### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência;
- 1.2. Não são aceitos como justificativas solicitações com finalidades de ortodontia ou exames complementares para implantes; e
- 1.3. O beneficiário já deverá ter realizado uma radiografia panorâmica ou de ATM, quando for necessário se proceder à elucidação de dor orofacial, estalos ou desgastes acentuados e erosão dos côndilos da mandíbula, e ou regiões correlatas.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Os exames de imagens devem ser apresentados sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia, exame de imagem e laudo radiológico na fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Webplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

### **70398011 – Tomografia computadorizada para 1 segmento**

### **70398020 – Tomografia computadorizada para 2 segmentos**

1.1. Tempo de recorrência: 365 dias;

1.2. Idade: 0 a 111 anos;

1.3. **Descrição:** consiste na realização de exame de imagem com finalidade de identificar e delinear processos patológicos, visualizar dentes retidos, avaliar os seios paranasais e diagnosticar traumas. Cada segmento é composto por até 06 (seis) elementos dentários;

#### **1.4. Indicações genéricas:**

- Dentes inclusos ou impactados,
- Fratura óssea,
- Patologia do seio maxilar, patologia de tumores do complexo dento-maxilo facial;
- Trepanação/perfuração radicular e envolvimento de furca
- Pesquisa de condutos radiculares;
- Suspeita de fratura radicular;
- Reabsorções radiculares internas ou externas;
- Avaliação de dilacerações radiculares;
- Avaliação de anquilose dentária;
- Avaliação de concrecência;
- Avaliação para localização de dentes supranumerários, ou canino incluso; e

1.5. Incompatibilidade: não se aplica.

#### **Regras de Regulação:**

1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência;

1.2. Não são aceitos como justificativas solicitações com finalidades de ortodontia, exames complementares para implantes ou dentes já condenados;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3.** A qualquer momento, a auditoria pode solicitar laudo especializado sobre a viabilidade de manutenção do dente na arcada, previamente à liberação do exame; e

**1.4.** Caso o local de diagnóstico esteja entre dois segmentos, será autorizado apenas um.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Os exames de imagens devem ser apresentados sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia, exame de imagem e laudo radiológico na fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Webplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

### **3.8. ENDODONTIA**

#### **Regras gerais:**

**1.1.** O curativo de demora é liberado para os casos de rizogênese incompleta;

**1.2.** A coroa provisória, na endodontia, é liberada para dentes anteriores;

**1.3.** A radiografia final que é liberada para o endodontista realizar em consultório deve ser enviada para a auditoria retrospectiva;

**1.4.** Nos casos onde o tratamento endodôntico for exposto ao meio bucal por tempo prolongado (por exemplo, após quebra de uma restauração, fratura do dente ou perda de uma coroa provisória/permanente) será liberado o retratamento endodôntico. É considerado risco de infecção quando a exposição for mais de 1 a 2 semanas, com a devida análise da auditoria;

**1.5.** Para qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, sugere-se digitalizar um laudo no sistema esclarecendo o fato, contendo os dados do paciente, dente, data e assinaturas do beneficiário e do profissional, em papel timbrado e carimbado; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.6.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada

na posição correta do dente na arcada; análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

### **81000421 - Radiografia periapical**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1 por ano para a mesma região;

**1.2.** Idade: mínima 01 ano e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na realização de exame de imagem com finalidade de obter uma visão do conjunto de estruturas componentes do órgão dental e da região periapical;

**1.4. Indicação:** finalidade de obter uma visão de conjunto de estruturas componentes do órgão dental e região periapical; e

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 70350000, 70360000.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, anexar justificativa com a indicação da solicitação do exame radiológico, mediante a comprovação de necessidade de diagnóstico considerando o tempo de recorrência;

**1.2.** A radiografia inicial, na endodontia, pode ser autorizada para ser realizada no consultório, nas cidades onde não existam Clínicas Odontológicas Radiológicas credenciadas;

**1.3.** A radiografia final é liberada para realização no consultório do prestador na capital e interior, para os endodontistas.

**1.4.** Só é liberado uma radiografia para grupos de dentes contíguos; e

**1.5.** A radiografia final é autorizada para comprovação da realização de procedimentos endodônticos parametrizados, que exigem exames finais, conforme regulação.

### **Regras de Auditoria:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e

1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

### **85200042 – Pulpotomia**

1.1. Tempo de recorrência: única na vida;

1.2. Idade: mínima 04 anos e máxima de 111 anos;

1.3. **Descrição:** consiste em remover a polpa coronária de dentes permanentes, principalmente nos casos de rizogênese incompleta;

**1.4. Indicações:**

- Dentes Permanentes Jovens com Rizogênese Incompleta;
- Exposição Pulpar por Trauma;
- Dentes Decíduos com Pulpite Reversível;
- Preservação da Estrutura Dentária;
- Dentes com Exposição Pulpar Acidental Durante Preparação Cavitária; e

1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos: 85200123, 85200077, 85100013, 85200026, 85100056, 85400076 e 85400084.

### **Regras de Regulação:**

Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, apresentação de radiografia inicial e análise da auditoria.

### **Regras de Auditoria:**

1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia, exame de imagem e laudo radiológico na fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85200166 - Tratamento endodôntico unirradicular**

**1.1.** Tempo de recorrência: único na vida;

**1.2.** Idade: mínima 05 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em realizar manobras em dentes incisivos e caninos com ou sem lesão apical, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico-mecânico dos canais radiculares, curativo de demora se necessário, preenchimento com material obturador e preparo do conduto quando se fizer necessário; e

**1.4.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 85200042, 85200115 , 85200093 , 85200107 , 85100013, 85200140, 85200158, 85200026 e 85100056.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema *Facplan*, com radiografia inicial que comprove; e

**1.2.** São liberados nos casos de pulpites irreversíveis, traumas, indicações protéticas, exposições acidentais extensas de polpa, necrose pulpar, presença de lesões periapicais, abscessos periapicais e outras necessidades a serem avaliadas com critério pela auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.3. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85200140 - Tratamento endodôntico birradicular**

1.1. Tempo de recorrência: único na vida;

1.2. Idade: mínima 08 anos e máxima de 111 anos;

1.3. **Descrição:** consiste em realizar manobras em dentes pré-molares com ou sem lesão apical, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico-mecânico dos canais radiculares, curativo de demora se necessário, preenchimento com material obturador e preparo do conduto quando se fizer necessário;

1.4. Incompatibilidade: não combina com os códigos 85200042, 85200115, 85200093, 85200107, 85100013, 85200166, 85200158, 85100056 e 85200026.

#### **Regras de Regulação:**

1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e

1.2. São liberados nos casos de pulpites irreversíveis, traumas, indicações protéticas, exposições acidentais extensas de polpa, necrose pulpar, presença de lesões periapicais, abscessos periapicais e outras necessidades a serem avaliadas com critério pela auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.3. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85200158 - Tratamento endodôntico multirradicular**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** Tempo de recorrência: único na vida;

**1.2.** Idade: mínima 06 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em realizar manobras em dentes molares com ou sem lesão apical, realizando a abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico-mecânico dos canais radiculares, curativo de demora se necessário, preenchimento com material obturador e preparo do conduto quando necessário;

**1.4.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 85200042, 85200115 , 85200093 , 85200107 , 85100013, 85200166, 85200140, 85200026 e 85100056.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e

**1.2.** São liberados nos casos de pulpites irreversíveis, traumas, indicações protéticas, exposições acidentais extensas de polpa, necrose pulpar, presença de lesões periapicais, abscessos periapicais e outras necessidades a serem avaliadas com critério pela auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85200115 - Retratamento endodôntico unirradicular**

**1.1.** Tempo de recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima 05 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** é um procedimento realizado para corrigir ou refazer o tratamento de canal em dentes unirradiculares, quando o tratamento inicial falha ou ocorre uma recidiva de

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

infecção. Consiste na remoção do material obturador do conduto radicular, preparo químico mecânico,

curativo de demora se necessário, preenchimento com novo material obturador e preparo do conduto quando se fizer necessário; e

**1.4.** Incompatibilidade: códigos 85200042, 85200115, 85200093, 85200107 , 85100013, 85200166, 85200140 e 85200158.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove;

**1.2.** São liberados nos casos em que o dente apresenta endodontia já realizada, contudo, se encontra de forma insatisfatória (falta condensação lateral adequada, espaços vazios, obturações muito aquém ou além do ápice, etc);

**1.3.** Os casos acima citados, em dentes restaurados de forma satisfatória, sem sintomatologia clínica, sem lesão, não devem ser liberados, mas sim preservados; e

**1.4.** Poderá ser autorizado nos casos em que o dente apresenta sintoma clínico, e/ou lesão apical persistente mesmo que o tratamento endodôntico se apresente de forma satisfatória.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85200093 - Retratamento endodôntico birradicular**

**1.1.** Tempo de recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima 08 anos e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** é um procedimento realizado para corrigir ou refazer o tratamento de canal em dentes birradiculares, quando o tratamento inicial falha ou ocorre uma recidiva de infecção. Consiste na remoção do material obturador dos condutos radiculares, preparo químico mecânico, curativo de demora se necessário, preenchimento com novo material obturador e preparo do conduto quando se fizer necessário; e

**1.4. Incompatibilidade:** códigos 85200115 , 85200093 , 85200107 , 85100013, 85200166, 85200140 e 85200158.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove;

**1.2.** São liberados nos casos em que o dente apresenta endodontia já realizada, contudo, se encontra de forma insatisfatória (falta condensação lateral adequada, espaços vazios, obturações muito aquém ou além do ápice, etc);

**1.3.** Os casos acima citados, em dentes restaurados de forma satisfatória, sem sintomatologia clínica, sem lesão, não devem ser liberados, mas sim preservados; e

**1.4.** Poderá ser autorizado nos casos em que o dente apresenta sintoma clínico, e/ou lesão apical persistente mesmo que o tratamento endodôntico se apresente de forma satisfatória.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85200107 - Retratamento endodôntico multirradicular**

**1.1.** Tempo de ocorrência: 720 dias;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Idade: mínima 07 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** é um procedimento realizado para corrigir ou refazer o tratamento de canal em dentes multirradiculares, quando o tratamento inicial falha ou ocorre uma recidiva de infecção. Consiste na remoção do material obturador dos condutos radiculares, preparo químico mecânico, curativo de demora se necessário, preenchimento com novo material obturador e preparo do conduto quando se fizer necessário; e

**1.4.** Incompatibilidade: códigos 85200042, 85200115, 85200093 , 85200107, 85100013, 85200166, 85200140 e 85200158 .

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove;

**1.2.** São liberados nos casos em que o dente apresenta endodontia já realizada, contudo, se encontra de forma insatisfatória (falta condensação lateral adequada, espaços vazios, obturações muito aquém ou além do ápice, etc);

**1.3.** Os casos acima citados, em dentes restaurados de forma satisfatória, sem sintomatologia clínica, sem lesão, não devem ser liberados, mas sim preservados; e

**1.4.** Poderá ser autorizado nos casos em que o dente apresenta sintoma clínico, e/ou lesão apical persistente mesmo que o tratamento endodôntico se apresente de forma satisfatória.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **85200123 - Tratamento de perfuração endodôntica**

- 1.1. Tempo de recorrência: único na vida;
- 1.2. Idade: mínima 06 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste no tratamento medicamentoso e restaurador para o selamento de perfuração radicular por via endodôntica; e
- 1.4. Incompatibilidade: 85200042 e 85100013.

#### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e
- 1.2. Só é liberado 01 procedimento por elemento dental; mesmo que exista mais de uma perfuração, todas devem ser tratadas.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;
- 1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.3. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85200077 - Remoção de núcleo intrarradicular**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em retirar o núcleo da cavidade pulpar com finalidade endodôntica ou protética. A remoção do núcleo intra radicular inclui o núcleo metálico, de preenchimento, rosqueável e de fibra de vidro;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicação:** consiste em retirar o núcleo ou pino da cavidade intra radicular ou coroa com finalidade endodôntica ou protética; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 82000875, 82001731 e 82001740.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente;

**1.3.** Só será aceito remoção completa do núcleo intra radicular; e

**1.4.** Nos casos de coroas e núcleos integrados, será autorizado apenas um código de remoção.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85400505 - Remoção de trabalho protético**

**1.1.** Tempo de recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na retirada de trabalhos protéticos indiretos e unitários, com a remoção de coroas, por meio de aparelho rotatório, com a finalidade de tratamento restaurador, endodôntico e/ou protético;

**1.4. Indicação:** consiste em retirar coroas protéticas e restaurações indiretas que envolvem a cobertura total do dente, com finalidade de reabilitação dentária; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 82000875, 82001731 e 82001740.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente;

**1.3.** Só será aceito remoção completa das coroas protéticas e restaurações indiretas; e

**1.4.** Restaurações metálicas fundidas, restaurações em cimento de ionômero de vidro e cerômeros são tipos de restaurações odontológicas que, diferentemente das coroas, não envolvem a cobertura total do dente. Por isso, não se encaixam na mesma categoria que as coroas e, por isso, não são autorizadas para remoção em procedimentos odontológicos no sistema de auditoria, por motivos administrativos ou regulatórios.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85100013 - Capeamento pulpar direto**

**1.1.** Tempo de recorrência: único na vida;

**1.2.** Idade: idade mínima para liberação nos dentes: 17,18,27,28,37,38,47 e 48 é 10 anos e, para os demais dentes - 06 anos. Idade máxima: 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em realizar manobras para recuperar um dente permanente que tenha sido afetado por cárie ou fratura profunda no caso de exposição pulpar, por meio da

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

utilização de produtos específicos para proteger a polpa dentária e na tentativa de se evitar o tratamento endodôntico; e

**1.4. Incompatibilidade:** só combina com os códigos 81000421 e 82000921.

**Regras de Regulação:**

Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove a possibilidade de reparação pulpar sem a endodontia.

**Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

**85100030 - Clareamento dentário de consultório (interno)**

**1.1.** Tempo de recorrência: único na vida Idade;

**1.2.** Idade: mínima 06 anos e máxima de 111 anos;

**1.3.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 85200042, 85100013, 85400076 e 85400084; e

**1.4. Descrição:** consiste na utilização de técnicas para realizar o clareamento medicamentoso intra coronário a fim de melhorar a estética para posterior reabilitação em dentes anteriores.

**Regras de Regulação:**

Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove e fotografia da região onde ocorreu o escurecimento da coroa dental (só em dentes anteriores), mas é necessário que exista pouca destruição desta, e a endodontia do elemento dental tenha sido realizada de forma satisfatória,

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

caso contrário é indicado primeiro o retratamento endodôntico, para posterior execução do clareamento.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85200026 - Preparo para núcleo intrarradicular**

**1.1.** Tempo de recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima 10 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** técnica que consiste em desobstruir e alargar o conduto radicular até 2/3 da inserção óssea (quando possível), sendo obrigatório a realização e inclusão de radiografia final; e

**1.4.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 85200115 , 85200093, 85200107 , 85100013, 85100030 , 85200166, 85200140 e 85200158 .

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove;

**1.2.** Quando a endodontia já tiver sido feita anteriormente por outro profissional;

**1.3.** Quando o profissional realiza a endodontia e se faz necessário o preparo do conduto, o mesmo está incluso na endodontia; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4.** Nos casos em que o endodontista realizou a endodontia e não havia, no momento, a necessidade e não foi solicitado pelo clínico, será liberado desde que comprovado radiograficamente.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85100056 - Curativo de demora em endodontia**

**1.1.** Tempo de recorrência: 45 dias;

**1.2.** Idade: mínima 06 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em realizar por sessão, trocas de medicação intracanal (hidróxido de cálcio) com a finalidade de eliminar contaminação dos mesmos, nos casos de rizogênese incompleta, não são liberados em tratamentos/retratamentos endodônticos, pois estão inclusos no mesmo; e

**1.4.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 85100013,85200093 , 85200107, 85200115, 85200123 ,85200140 e 85200158.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema *Facplan*, com radiografia inicial que comprove;

**1.2.** Liberado nos casos de rizogênese incompleta, reabsorções externas severas, nas histórias de traumas. Os casos de lesões muito extensas, história de agudizações de

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

processos crônicos, sintomatologia dolorosa e fístulas persistentes, serão analisados pela auditoria;

**1.3.** São liberadas no máximo duas trocas de cada vez; e

**1.4.** Não são liberadas em reabsorções internas.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **82000921 - Gengivectomia por elemento**

**1.1.** Tempo de recorrência: 365 dias;

**1.2.** Idade: mínima 6 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** remoção de tecido gengival sem remoção óssea. É necessária indicação do elemento dentário na autorização. Este procedimento não tem finalidade estética e tem por finalidade possibilitar a realização do isolamento absoluto para o tratamento; e

**1.4.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 82000417; 75311000; 82000212 , 82001286, 82001740, 82000875 , 82001731, 83000089 e 83000089.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e

**1.2.** Autorizado para tratamento endodôntico quando há invasão do espaço biológico, impedindo isolamento ou reabilitação posterior.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho profissional;
- 1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.3. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85400084 - Coroa provisória sem pino**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: mínima de 5 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste na realização de coroa total em resina acrílica com finalidade de proteção e manutenção da integridade do preparo coronário, preservação e recuperação da saúde periodontal, até a colocação da peça protética final, em dentes permanente que não necessitam de pino, geralmente porque a estrutura dentária remanescente é suficiente para sustentar a coroa;
- 1.4. **Indicação:** é indicada em situações onde o dente sofreu desgaste para receber uma coroa definitiva, mas ainda possui estrutura dentária suficiente para garantir a retenção e estabilidade da coroa provisória; e
- 1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 85400556, 85100099, 85100102, 85100110, 85100196 , 85100200, 85100218, 85100064 , 82000875 , 82001731, 83000020 e 85100137.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema *Facplan*, com radiografia inicial que comprove;
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente permanente dentro da parametrização;
- 1.3. O curativo com material provisório não é considerado coroa provisória;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4.** Será autorizado coroa provisória acrílica apenas para preparos de coroas totais (coroa total metálica, coroa veneer, e coroa metalocerâmica ou coroa total cerômero);

**1.5.** Valores de laboratório de prótese dentária incluso no procedimento; e

**1.6.** Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade;

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Webplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **3.9. ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: 0 a 111 anos;

**1.3. Descrição:** refere-se ao atendimento odontológico, executado por cirurgião-dentista especialista em OPNE, em pacientes com doenças neuropsicomotoras, infecciosas contagiosas e sistêmicas crônicas. Isso inclui pessoas com deficiências físicas, intelectuais, transtornos do desenvolvimento, condições crônicas de saúde, além de idosos ou pacientes com fobias severas. O objetivo dessa especialidade é oferecer cuidados odontológicos de qualidade, garantindo o conforto, a segurança e o atendimento individualizado, adaptado às necessidades específicas de cada paciente; e

**1.4. Indicação:** indivíduos que apresentam condições médicas, físicas, mentais, sensoriais ou comportamentais que demandam adaptações e cuidados diferenciados.

#### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** Os códigos incluídos na cobertura para esta especialidade serão autorizados eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia, análise da auditoria e, posteriormente, sujeito à aprovação da auditoria retrospectiva;

**1.2.** A codificação (Padrão de especialidades ou Padrão de Cobertura) para a OPNE envolve multidisciplinas na odontologia, haja vista que o atendimento a este beneficiário deverá ser coordenado, abrangendo as especialidades que o Ipasgo SSA dispõe para o atendimento integral;

**1.3.** Os procedimentos serão autorizados eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com documentação pertinente a cada codificação; e

**1.4.** As regras dos códigos cadastrados em guia seguem as mesmas normativas que já estão dispostas para as demais especialidades.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário, as devidas assinaturas e registro do Conselho Profissional; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

### **3.10. ODONTOPEDIATRIA**

#### **Regras gerais:**

**1.1.** Para consultas com odontopediatra, o paciente deverá ter de 0 (zero) a 15 anos incompletos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** No interior onde não haja especialista na área, o paciente poderá ser atendido por profissional da especialidade de Odontologia termo parametrizado para os prestadores anteriormente cadastrados como clínico-geral (relação de profissionais pode ser consultada no site do Ipasgo SSA);

**1.3.** Procedimentos de restauração indireta em dentes permanentes e complementos referentes a este, devem ser realizados pelo especialista;

**1.4.** Aplicação de cariostático para faces contíguas, é liberado apenas um procedimento;

**1.5.** A remineralização (fluorterapia) é liberada apenas para pacientes com manchas brancas e alto risco da doença cárie, podendo ser solicitada fotografia do local, a critério do auditor;

**1.6.** Em casos em que os procedimentos não estejam satisfatórios, devido à dificuldade de comportamento do paciente, digitalizar um laudo no sistema, esclarecendo o fato (o mesmo deve obrigatoriamente conter os dados do paciente, o dente, data e as assinaturas do paciente e do profissional em papel timbrado e carimbado);

**1.7.** Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema, esclarecendo o fato (o mesmo deve obrigatoriamente conter os dados do paciente, o dente, data e as assinaturas do paciente e do profissional em papel timbrado e carimbado);

**1.8.** Caso não seja possível a realização de radiografias, anexar laudo que justifique a impossibilidade da não apresentação dos exames radiográficos;

**1.9.** Segundo o Guidelines EAPD10, a frequência de exames radiográficos pode ser resumida da seguinte forma:

FAIXA ETÁRIA	INTERVALO ENTRE OS EXAMES	
	BAIXO RISCO	ALTO RISCO
5 anos	3 anos	1 ano
8 / 9 anos	3 / 4 anos	1 ano

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

12 / 16 anos	2 anos	1 ano
--------------	--------	-------

**1.10.** É de responsabilidade do cirurgião dentista considerar os benefícios do exame radiográfico e a determinação do risco individual do paciente deve sempre preceder a este exame. A prevalência e a acurácia na predição de novas lesões e/ou sua progressão são fatores importantes a serem considerados na determinação de risco; e

**1.11.** A técnica radiográfica interproximal é considerada de escolha para a determinação da presença/ausência da lesão, bem como da sua profundidade.

## PROCEDIMENTOS

### 98000005 - Prevenção odontológica

**1.1.** Procedimento normatizado conforme Portaria Normativa nº 001/2019/DAS/IPASGO;

**1.2.** Tempo de recorrência: 180 dias;

**1.3.** Idade: de 4 a 15 anos incompletos;

**1.4.** O procedimento de Prevenção Odontológica é composto pelos seguintes procedimentos:

**1.4.1. Condicionamento (controle de comportamento) (87000032):** os beneficiários atendidos pelo Pacote de Prevenção não terão direito ao condicionamento em odontopediatria, este já incluído no pacote;

**1.4.2. Profilaxia/Controle de Biofilme:** conjunto de medidas que têm por finalidade prevenir ou atenuar as doenças, suas complicações e consequências. É o procedimento de “limpeza” da cavidade oral com remoção de placa bacteriana, remoção de tártaros supragengivais, manchas e pigmentos, possíveis de serem removidos por meio da escova de Robson e/ou taças de borracha ou sistema “Profi”;

**1.4.3. Atividade Educativa em Saúde Bucal:**

Orientações sobre métodos de higienização e seus produtos, técnicas de escovação, informações sobre doenças cárie, periodontal, câncer bucal. Além disso, no exame minucioso realizado no consultório é que podem ser detectados os primeiros indícios de doenças

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

periodontais, abrasões, desgastes e erosões, dentre outros problemas que só são percebidos pelos pacientes no seu estado mais avançado;

**1.4.4. Aplicação Tópica de Flúor:** a aplicação pode ser feita na forma de gel, verniz ou espuma, por meio de moldeiras ou com isolamento relativo, deixando o flúor em íntimo contato com a superfície dental, pelo tempo determinado; e

**1.4.5. Aplicação de selante:** mediante avaliação de risco/atividade da doença cárie; a necessidade de selante nos dentes decíduos e permanentes dependerá da avaliação de risco/atividade individual de cada paciente.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

**1.2.** Os códigos com os valores são os evidenciados nas tabelas odontológicas para as especialidades.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Webplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação obrigatória do Formulário de Realização de Prevenção Odontológica (anexo I).

Conforme Portaria Normativa nº 001/2019, Art. 4º Ficam estabelecidos formulários que estão disponíveis no site do Ipasgo SSA, para serem impressos pelos prestadores e assinados pelo responsável legal do usuário, no qual todos os procedimentos realizados deverão ser assinados e datados para comprovação final do tratamento realizado; assim como os

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

procedimentos de remineralização (fluorterapia) código 84000201, que também poderá ser solicitado fotografia inicialmente à autorização, a critério do auditor.

### **84000090 – Aplicação tópica de flúor (até 3 anos)**

**1.1.** Tempo de recorrência: 180 dias;

**1.2.** Idade: mínima 0 e máxima de 03 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na aplicação direta de produtos fluoretados sobre a superfície dental, após a realização de profilaxia com taça de borracha ou escova de Robson e pasta abrasiva ou jato de bicarbonato;

**1.4. Indicação:** prevenção e controle da cárie dentária nos casos de dentes recém-erupcionados e nos casos que efetivamente necessitam de aumentar a necessidade de resistência aos ácidos da placa bacteriana pela aplicação direta de produtos fluoretados sobre a superfície dental; e

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 98000005, 98000002, e 84000201.

#### **Regras de Regulação**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

**1.2.** Autorizado somente para pacientes até 03 anos.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **84000031 – Aplicação de carióstático**

**1.1.** Tempo de recorrência: 180 dias para a mesma região;

**1.2.** Idade: mínima 0 e máxima de 21 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na aplicação de agente terapêutico que visa estacionar o processo de cárie, bem como, a eliminação de sítios e retenção de biofilme, por elemento dentário;

**1.4. Indicação:** prevenção e controle da cárie dentária aumentando a resistência aos ácidos da placa bacteriana pela aplicação direta de produtos fluoretados sobre a superfície dental interproximal; e

**1.5.** Incompatibilidade: sem incompatibilidades.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan **e envio de radiografia inicial; e**

**1.2.** Autorizado para aplicação do agente terapêutico nas superfícies interproximais dos elementos decíduos 54, 55, 64, 65, 74, 75, 85 e 84, e dos permanentes 17, 16, 15, 14, 24, 25, 26, 27, 34, 35, 36, 37, 44, 45, 46 e 47; 3) Autorizado o máximo de dois códigos por dente para o mesmo dente e nos casos de superfícies dentárias contíguas de dentes diferentes autoriza-se apenas uma vez.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **84000201 – Remineralização**

1.1. Tempo de recorrência: 180 dias;

1.2. Idade: mínima 01 ano e máxima de 14 anos;

1.3. **Descrição:** consiste na aplicação direta de produtos fluoretados, sobre as superfícies dentais, podendo ser realizada uma aplicação por semana, no total de quatro sessões;

1.4. **Indicação:** indicado para remineralização de manchas brancas de cárie ativa, podendo ser necessário envio de fotografia da região;

1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 84000090, 84000198, 98000005 e 81000049.

#### **Regras de Regulação:**

1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

1.2. Autorizada obrigatoriamente uma aplicação tópica de flúor por semana num total de 04 (quatro) aplicações por usuário; e preenchimento de formulário datado e assinado pelo responsável legal; e

1.3. Devem ficar registradas as datas em que foram realizadas as aplicações e assinadas pelo responsável.

#### **Regras de Auditoria:**

1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.3. Anexar Formulário de Realização de Remineralização (anexo III) para fins de Auditoria Retrospectiva.

### **85100137 – Restauração de ionômero de vidro 1 face**

1.1. Tempo de recorrência: 180 dias;

1.2. Idade: 0 a 15 anos incompletos;

1.3. **Descrição:** consiste em utilizar manobras, para recuperar as funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, em uma face, utilizando como material restaurador o ionômero de vidro;

1.4. **Indicação:** indicado como material alternativo às resinas compostas em pacientes com elevado índice de cáries e/ou manchas brancas, permitindo a obtenção de estética aliada à liberação de íons flúor utilizados em cavidade de uma face (tipo I, III e V); e

1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 85100099, 85100102, 85100110, 85100196, 85100200 e 85100218, para o mesmo dente.

### **Regras de Regulação:**

1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

1.2. Para sulcos ou regiões escurecidos e cárie em esmalte não são autorizados procedimentos restauradores e sim procedimentos preventivos;

1.3. Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica por meio de exame radiográfico inicial considerando o tempo de recorrência e análise do procedimento executado;

1.4. No máximo dois códigos 85100137 para o mesmo dente em faces diferentes; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5.** Dentes periodontalmente comprometidos e em rizólise avançada, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade e reabsorção.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **83000046 – Coroa de aço em dente decíduo**

**1.1.** Tempo de recorrência: mínimo de 720 dias;

**1.2.** Idade: 0 a 15 anos incompletos;

**1.3. Descrição:** restauração unitária com coroa total feita totalmente em metal em dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto e/ou dentes permanentes em pacientes não cooperativos de difícil manejo;

**1.4. Indicação:** reabilitação protética unitária sobre o elemento dental decíduo, devido a grande destruição dentária afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural, necessitando de resistência mecânica com o restabelecimento e manutenção da função oclusal; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 85100099, 85100102, 85100110, 85100196, 85100200 e 85100218, para o mesmo dente.

### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente posterior dentro da parametrização;
- 1.3. Autorizado somente para dentes tratados endodonticamente;
- 1.4. Valores de laboratório de prótese incluso no procedimento;
- 1.5. Dentes periodontalmente comprometidos e em rizólise avançada, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade e reabsorção; e
- 1.6. Indicar radiografia interproximal para auditoria final.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.3. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **83000127 – Pulpotomia de dente decíduo**

- 1.1. Tempo de recorrência: 01 vez na vida;
- 1.2. Idade: 0 a 15 anos incompletos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em remover a polpa coronária de dentes decíduos;
- 1.4. **Indicação:** remover a polpa coronária de dentes decíduos que ainda permanecerão na boca por, no mínimo, (06) seis meses; e
- 1.5. **Incompatibilidade:** não combina com o código 83000151, 83000089 e 85100013.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente posterior dentro da parametrização; e
- 1.3. Dentes periodontalmente comprometidos e em rizólise avançada, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade e reabsorção.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA ; e
- 1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85200042 – Pulpotomia**

- 1.1. Tempo de recorrência: única na vida;
- 1.2. Idade: mínima 04 anos e máxima de 15 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em remover a polpa coronária de dentes permanentes, principalmente nos casos de rizogênese incompleta;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicações:** dentes permanentes jovens com rizogênese incompleta, exposição pulpar por trauma, dentes decíduos com pulpite reversível, preservação da estrutura dentária, dentes com exposição pulpar acidental durante preparação cavitária; e

**1.5. Incompatibilidade:** Não combina com os códigos: 85200123, 85200077, 85100013, 85200026, 85100056, 85400076 e 85400084.

#### **Regras de Regulação:**

Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, apresentação de radiografia inicial e análise da auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **83000151 – Tratamento endodôntico em dente decíduo**

**1.1.** Tempo de recorrência: máximo de 01 por ano;

**1.2.** Idade: 0 a 15 anos incompletos;

**1.3.** Descrição: consiste em remover a polpa coronária e radicular e preencher a câmara e condutos com material obturador em dentes decíduos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4.** Indicação: remover a polpa coronária e radicular e preencher a câmara e condutos com material obturador em dentes decíduos quando estes forem permanecer na boca por, no mínimo, 6 meses; e

**1.5.** Incompatibilidade: códigos 83000127, 83000089 e 85100013.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente dentro da parametrização; e

**1.3.** Dentes periodontalmente comprometidos e em rizólise avançada, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade e reabsorção.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **83000089 – Exodontia simples de decíduo**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Tempo de recorrência: 01 vez na vida;
- 1.2. Idade: mínima 01 ano e máxima de 111 anos;
- 1.3. Descrição: consiste em realizar extração dentária de dentes decíduos ou sua raiz residual;
- 1.4. Indicação: remoção dentária ou de resto radicular de elemento decíduo proveniente de rizólise associadas ou não à cárie extensa, necrose pulpar irreversível, traumatismos, indicação ortodôntica e em outros casos não possíveis de serem reabilitados; e
- 1.5. Incompatibilidade: todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) e 82001286, 82001740, 82001731, 82001731, 72730013 e 83000089.

#### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente decíduo uma vez na vida dentro da parametrização;
- 1.3. Nos casos de exodontias de dentes hígidos e com pequena rizólise, anexar à Guia justificativa do profissional assistente;
- 1.4. Nos casos de exodontias com finalidade ortodôntica, há necessidade de anexar justificativa do especialista em ortodontia para a realização do procedimento, descrevendo a necessidade da remoção dos elementos dentários; e
- 1.5. Inclui neste código o dente decíduo ou o seu resto radicular.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao Tempo de Parametrização e às normas do Ipasgo Saúde; e

**1.4.** Anexar Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

#### **83000097 – Mantenedor de espaço fixo**

#### **83000100 - Mantenedor de espaço removível**

**1.1.** Tempo de recorrência: máximo de 04 por paciente durante toda a vida;

**1.2.** Idade: mínima 02 anos e máxima de 14 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em um dispositivo destinado a preservar o espaço deixado após a perda precoce de um ou mais dentes, impedindo assim, movimentos indesejáveis que poderiam comprometer severamente a oclusão dentária;

**1.4. Indicação:** destinado a preservar o espaço deixado após a perda de um ou mais dentes, impedindo assim, movimentos indesejáveis que poderiam comprometer severamente a oclusão dentária posteriormente. Podendo ser uma banda-alça ou coroa temporária presa em um dos lados do espaço vazio; e

**1.5.** Incompatibilidade: sem procedimentos incompatíveis.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado mediante a comprovação de necessidade;

**1.2.** Quantidade máxima permitida de um por arcada, durante a vida; e

**1.3.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria, e envio de radiografia inicial comprovando a necessidade.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **87000032 – Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais**

**1.1.** Tempo de recorrência: no máximo de 3 por paciente/ano;

**1.2.** Idade: mínima de 1 ano e no máximo de 7 anos (odontopediatria), ou qualquer idade para pacientes portadores de necessidades especiais;

**1.3. Descrição:** trata-se de procedimento de adaptação para os pacientes com idade de até 07 anos, cobertura de três sessões por ano em pacientes com comportamento não cooperativo/pacientes de difícil controle, não devendo ser realizadas no mesmo dia;

**1.4. Indicação:** adaptação para os pacientes com idade de até 07 anos, com comportamento não cooperativo ou de difícil manejo; e

**1.5.** Incompatibilidade: não se aplica.

### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Serão permitidas no máximo três sessões por paciente/ano, as quais não deverão ser realizadas no mesmo dia, ficando registrado em ficha clínica do paciente ou guia armazenada junto ao prestador; e

**1.3.** Acima de 07 anos poderá ser liberada mediante justificativa clínica.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

#### **85100099 – Restauração de amálgama – 1 face**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1080 dias;

**1.2.** Idade: 0 a 15 anos incompletos;

**1.3. Descrição:** consiste em utilizar manobras, para recuperar funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, em uma face, utilizando como material restaurador o amálgama de prata;

**1.4. Indicação:** restauração de amálgama de prata exclusivamente nas faces Oclusal (O); Vestibular (V); Lingual (L); Palatina (P); Distal (D) e Mesial (M). Pode ser realizada em todos os dentes em dentes decíduos ou permanentes; e

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 82000875, 82001731, 85400157, 76415000, 85400149, 85400220, 85400262, 83000089, 83000046 e 72730013.

#### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Autorizado eletronicamente por meio da radiografia inicial (interproximal, caso não haja envolvimento pulpar), a realização de até 03 restaurações de amálgama uma face (V, L ou P, O) por dente;
- 1.3. Para sulcos escurecidos e cárie em esmalte não são autorizados procedimentos restauradores e sim procedimentos preventivos;
- 1.4. No máximo três códigos 85100099 para o mesmo dente em faces diferentes; Anexar radiografias interproximais iniciais para auditoria; e
- 1.5. Autorizado núcleo metálico, núcleo pré-fabricado e núcleo de preenchimento mediante análise do auditor.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As Radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85100102 – Restauração amálgama 2 faces**

- 1.1. Tempo de recorrência: 1080 dias;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Idade: 0 a 15 anos incompletos;

**1.3. Descrição:** consiste em utilizar manobras, para recuperar funções de dentes posteriores permanentes que tenham sido afetados por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, em 02 (duas) faces, utilizando como material restaurador o amálgama de prata;

**1.4. Indicação:** restauração de amálgama de prata exclusivamente nas faces Ocluso-Mesial (OM); Ocluso-Distal (OD); Ocluso-Vestibular (OV); Ocluso-Lingual (OL) e Ocluso-Palatina (OP) em dentes decíduos ou permanentes; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina o código 85100200 para o mesmo dente nas faces (OM, OD, OV, OP, OL), nem 85100110, 85100218, 85400114, 85400556, 85400157, 76415000, 85400149, 82000875, 82001731, 85400220, 85400262, 85400076, 85400084, 84000031, 83000089, 83000046, 72730013 e 85100137.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** No máximo um código por dente;

**1.3.** Para sulcos ou regiões escurecidos e cárie em esmalte não são autorizados procedimentos restauradores e sim procedimentos preventivos;

**1.4.** Indicar radiografia interproximal para auditoria retrospectiva;

**1.5.** Autorizado núcleo metálico, núcleo pré-fabricado e núcleo de preenchimento mediante análise do auditor (dentes tratados endodonticamente).

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85100110 – Restauração amálgama 3 faces**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1080 dias;

**1.2.** Idade: 0 a 15 anos incompletos;

**1.3. Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de dentes posteriores permanentes que tenham sido afetados por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, em 03 (três) faces;

**1.4. Indicação:** restauração de amálgama de prata exclusivamente nas faces Mésio-Ocluso-Distal (MOD); Mésio-Ocluso-Vestibular (MOV); Mésio-Ocluso-Lingual (MOL); Mésio-Ocluso-Palatina (MOP); Disto-Ocluso-Vestibular (DOV); Disto-Ocluso-Lingual (DOL); Disto-Ocluso-Palatina (DOP) em dentes decíduos ou permanentes;

**1.5. Incompatibilidade:** não combina os códigos 85100102, 85100110, 85100218, 85100226, 85400114, 85400530, 85400548, 85400556, 85400157, 76415000, 85400149, 82000875, 82001731 para o mesmo dente, 85400220, 85400262, 85100200, 85400076, 85400084, 85100137.

### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Não autorizado núcleo metálico;
- 1.3. No máximo 01 código por dente;
- 1.4. Indicar radiografia interproximal para auditoria retrospectiva;
- 1.5. Autorizado núcleo metálico, núcleo pré-fabricado e núcleo de preenchimento mediante análise do auditor (dentes tratados endodonticamente).

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva

#### **85100196- Restauração em resina fotopolimerizável 1 face**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: 0 a 15 anos incompletos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente permanente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, utilizando como material restaurador a Resina Composta Fotopolimerizável radiopaca;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicação:** restauração em Resina Composta Fotopolimerizável 1 Face: Consiste em preparos classe I que abrangem a face oclusal de molares e pré-molares, 2/3 oclusais da face vestibular de molares inferiores, 2/3 oclusais da face palatina de molares superiores e palatina de incisivos e caninos; Resina foto classe III: Consiste em cavidades preparadas nas faces proximais de incisivos e caninos sem a remoção do ângulo incisal; preparos classe V que abrangem o terço gengival, não de cicatrículas, nas faces vestibular, palatina e lingual de todos os dentes e preparos nas faces proximais de dentes posteriores na ausência dos dentes vizinhos; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 82000875, 82001731, 85400157, 76415000, 85400149, 85400220, 85400262, 85400076, 85400084 83000020, 83000046, 72730013, 85100137.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Não autorizado troca apenas com finalidade estética;

**1.3.** Em cavidades de classe V, somente será autorizado para cavidades profundas e cavidades que demonstram grande sensibilidade;

**1.4.** No máximo dois códigos por dente; autoriza o terceiro código em caso de fechamento da cavidade endodôntica por lingual/palatina;

**1.5.** Pequenas fraturas incisais são englobadas neste código e não código 85100218 (restauração em resina fotopolimerizável 3 faces e restauração em resina fotopolimerizável 4 faces);

**1.6.** Autorizado para todos os dentes e faces conforme indicação; e

**1.7.** Autorizado núcleo metálico, núcleo pré-fabricado e núcleo de preenchimento mediante análise do auditor (dentes tratados endodonticamente).

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente por meio da radiografia inicial (interproximal, caso não haja envolvimento pulpar), a realização de até 03 restaurações de uma face (V, L ou P, O) em dentes posteriores e, somente em casos de **dentes anteriores** que foram endodonticamente tratados, autoriza-se a (3ª) terceira restauração para o fechamento da abertura endodôntica;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85100200 – Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: 0 a 15 anos incompletos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente permanente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, utilizando como material restaurador a Resina Composta Fotopolimerizável radiopaca;
- 1.4. **Indicação:** restauração em Resina Composta Fotopolimerizável 2 Faces consiste em cavidades preparadas nas faces Ocluso-Mesial (OM); Ocluso-Distal (OD); Ocluso-Vestibular (OV); Ocluso-Lingual (OL) e Ocluso-Palatina (OP) em dentes posteriores decíduos ou permanentes; e
- 1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 85100200 em outras faces envolvidas no mesmo elemento, 85100218, 85100226, 85100102 ,85100110 82000875, 82001731,

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

85400220, 85400262, 85400076,85400084, 85400157, 76415000,85400149, 85100218, 85100226, 83000089, 72730013, 83000020, 85100137 e 82001251.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Não autorizado com finalidade estética;
- 1.3. Autorizado com núcleo de preenchimento mediante análise do auditor para dentes tratados endodonticamente; e
- 1.4. No máximo um código por dente.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85100218- Rrstauração em resina fotopolimerizável 3 faces**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Idade: 0 a 15 anos incompletos;

**1.3. Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, utilizando como material restaurador a Resina Composta Fotopolimerizável;

**1.4. Indicação:** restauração em Resina Composta Fotopolimerizável 3 faces de pré-molares e molares permanentes, em cavidades preparadas nas faces Mesio-Ocluso-Distal (MOD); Mesio-OclusoVestibular (MOV); Mesio-Ocluso-Lingual (MOL); Mesio-Ocluso-Palatina (MOP); Disto-OclusoVestibular (DOV); Disto-Ocluso-Lingual (DOL); Disto-Ocluso-Palatina(DOP) de pré-molares e de molares decíduos e permanentes; e

**1.5. Incompatibilidade:** para os dentes posteriores não combinam com os códigos 85100102, 85100110,85100200, 85400114, 85400556, 85400157, 76415000, 85400149, 85400220, 85400262, 85400076, 85400084 ,82000875, 82001731; Nos dentes anteriores só combina com mais 01 do código 85100196 (M, D, V, L, P) ou 85100226; não combina com os códigos 85100102, 85100110, 85100200, 82000875, 82001731, 85400220 e 85400262.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Não autorizado exclusivamente com finalidade estética;

**1.3.** Autorizado com núcleo de preenchimento mediante análise do auditor para dentes tratados endodonticamente; e

**1.4.** Para restaurações de resina foto classe II (MOD) aceita-se no máximo um código por dente; e associado, se for o caso, ao código 85100196 (faces vestibular, lingual ou palatina).

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85100226 - Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces**

**1.1.** Tempo de recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: 0 a 15 anos incompletos;

**1.3. Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, utilizando como material restaurador a Resina Composta Fotopolimerizável;

**1.4. Indicação:** restauração de cavidades preparadas nas faces proximais dos incisivos e caninos com remoção de ângulo incisal em Resina Composta Fotopolimerizável classe IV nas faces mesio-Inciso-VestibularLingual (MVLI); disto-Incisal-Vestibular-Lingual (DLVI); Mesio-Incisal-Vestibular-Palatina (MVPI); Disto-Incisal-Vestibular-Palatina (DVPI); Restauração em cavidades preparadas nas faces mesial, oclusal, distal e lingual/palatina (MODL ou MODV) dos pré-molares e primeiros molares permanentes em Resina Composta Fotopolimerizável; e

**1.5. Incompatibilidade:** para os dentes posteriores não combinam com os códigos 85100102, 85100110, 85100200, 85400114, 85400556, 85400157, 76415000, 85400149, 85400220, 85400262, 85400076, 85400084, 82000875 e 82001731; nos dentes anteriores só combina com mais 01 do código 85100196 (M, D, V, L, P) ou 85100218 (MLVI, DLVI, MPVI, DPVI); não combina com os códigos 85100102, 85100110, 85100200, 82000875, 82001731, 85400220 e 85400262.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2. Não autorizado exclusivamente com finalidade estética;
- 1.3. Autorizado com núcleo de preenchimento mediante análise do auditor em dentes tratados endodonticamente;
- 1.4. Para este código, aceita-se no máximo um (02) códigos por dente; e
- 1.5. Pequenas fraturas incisais não são englobadas neste código e sim no código 85100196.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85100013 – Capeamento pulpar direto**

- 1.1. Tempo de recorrência: 1 vez na vida por dente;
- 1.2. Idade: 0 a 15 anos incompletos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar um dente permanente que tenha sido afetado por cárie ou fratura profunda no caso de exposição pulpar, por meio da utilização

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

de produtos específicos para proteger a polpa dentária e na tentativa de ser evitado tratamento endodôntico;

**1.4. Indicação:** recuperar um dente permanente que tenha sido afetado por cárie ou fratura profunda no caso de exposição pulpar, por meio da utilização de produtos específicos para proteger a polpa dentária e na tentativa de ser evitado tratamento endodôntico; e

**1.5. Incompatibilidade:** códigos 83000127, 85200115, 85200093 e 85200107.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove a possibilidade de reparação pulpar sem a endodontia;

**1.2.** Idade mínima para os 2º e 3º molares permanentes é de 10 anos; e deve conter justificativa da solicitação.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao Tempo de Parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva

#### **85400211 – Núcleo de preenchimento**

**1.1.** Tempo de recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima de 02 anos e máxima de 14 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na reconstrução de dentes comprometidos pelo processo carioso, traumatismo ou afecção estrutural, com tratamento endodôntico, realizado antes da confecção de restaurações indiretas;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicação:** realizado quando há remanescente dental que possibilite a maior preservação da estrutura dental com o preenchimento de materiais plásticos como a resina composta fotopolimerizável ou ionômero de vidro; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 82000875 e 82001731.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente dentro da parametrização estabelecida;

**1.3.** O núcleo de preenchimento poderá ser autorizado mediante planejamento de restauração indireta, em dentes endodonticamente tratados e com suporte ósseo remanescente em aproximadamente 2/3 da raiz, assim como, autorizado em restaurações diretas, para dentes tratados endodonticamente, mediante análise do auditor; e

**1.4.** Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **85400114 – Coroa total em cerômero**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: mínima de 03 anos a 15 anos incompletos;
- 1.3. **Descrição:** coroa total realizada em cerômero, em dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto;
- 1.4. **Indicação:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes com comprometimento de três ou mais faces, ou ainda, em dentes com comprometimento de cúspide funcional, independentemente do número de faces afetadas não passíveis de reconstrução por meio direto; e
- 1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 85400157, 76415000, 85400149, 82000875, 82001731, 85100110, 85100218, 85400556, 85400076, 85400084.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Aceita-se no máximo um código por dente permanente dentro da parametrização;
- 1.2. Para dentes tratados endodonticamente, aceita-se núcleo de preenchimento, pino pré-fabricado ou núcleo metálico fundido;
- 1.3. Em dentes com vitalidade pulpar, solicitar avaliação por escrito do endodontista e anexá-la à ficha eletrônica. Nos casos de realização de procedimento sem avaliação endodôntica não serão passíveis de faturamento;
- 1.4. Autorizada nos casos de perda de 3 ou mais paredes circundantes do elemento dentário;
- 1.5. Em restauração inlay/onlay não é autorizada coroa provisória, apenas em total, mediante análise do auditor;
- 1.6. Apenas serão aceitas para confecção desses procedimentos materiais radiopacos. Em hipótese alguma serão aceitas material protetor ou restaurador radiolúcido;
- 1.7. Não autorizado para dentes que sejam pilares de prótese fixa;
- 1.8. Valores de laboratório de prótese incluso no procedimento;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.9.** Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade;

**1.10.** Indicar radiografia interproximal (não tratados endodonticamente) e periapical (para dentes tratados endodonticamente) para auditoria final; e

**1.11.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial e análise da auditoria.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao Tempo de Parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85400530 Restauração em cerômero – onlay**

**1.1.** Tempo de recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima de 03 anos a 15 anos incompletos;

**1.3. Descrição:** restauração unitária parcial onlay realizada em cerômero que cobrem uma ou mais cúspides do dente, em dentes posteriores, não passíveis de reconstrução por meio direto;

**1.4. Indicação:** indicado para dentes posteriores (pré-molares e molares) que sofreram desgaste moderado a extenso, como por cáries ou fraturas, e que ainda possuem estrutura dentária suficiente para suportar uma restauração parcial;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 85400157, 76415000, 85400149, 82000875, 82001731, 85100110, 85100218, 85400556, 85400530 e 85400548.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;
- 1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente posterior dentro da parametrização;
- 1.3.** Para dentes tratados endodonticamente, aceita-se núcleo de preenchimento, pré-fabricado ou núcleo metálico fundido;
- 1.4.** Em dentes com vitalidade pulpar, a critério do auditor, anexar por escrito avaliação do endodontista na ficha odontológica eletrônica;
- 1.5.** Em restauração onlay a coroa provisória não é autorizada, salvo análise criteriosa da auditoria;
- 1.6.** Apenas serão aceitas para confecção desse procedimento, material radiopaco. Em hipótese alguma será aceito material forrador ou restaurador radiolúcido;
- 1.7.** Não autorizado para dentes que sejam pilares de prótese fixa;
- 1.8.** Valores de laboratório de prótese incluídos no procedimento; e
- 1.9.** Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85400548 Restauração em cerômero – inlay**

**1.1.** Tempo de Recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima de 03 anos a 15 anos incompletos;

**1.3. Descrição:** restauração unitária parcial inlay realizada em cerômero, em dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto;

**1.4. Indicação:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções, de um dente que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural; projetadas para tratar cavidades ou danos que afetam uma ou algumas superfícies do dente; Restauração com uma extensão menor que as onlays; e

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 85400157, 76415000, 85400149, 82000875, 82001731, 85100110, 85100218, 85400556, 85400530 e 85400548.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente posterior dentro da parametrização;

**1.3.** Para dentes tratados endodonticamente, aceita-se núcleo de preenchimento, pré-fabricado ou núcleo metálico fundido;

**1.4.** Em dentes com vitalidade pulpar, a critério do auditor, anexar por escrito avaliação do endodontista na ficha odontológica eletrônica;

**1.5.** Em restauração inlay a coroa provisória não é autorizada, salvo análise criteriosa da auditoria;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.6. Apenas serão aceitas para confecção desse procedimento, material radiopaco. Em hipótese alguma será aceito material forrador ou restaurador radiolúcido;
- 1.7. Não autorizado para dentes que sejam pilares de prótese fixa;
- 1.8. Valores de laboratório de prótese incluídos no procedimento; e
- 1.9. Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85100064 – Faceta direta em resina fotopolimerizável**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: mínima de 02 anos e máxima de 14 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente anterior que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, utilizando **como material restaurador a Resina Composta Fotopolimerizável pela técnica direta;**
- 1.4. **Indicação:** a faceta em resina composta está indicada para casos onde 2/3 ou mais de estrutura dentária vestibular esteja comprometida por alteração de cor, forma e/ou textura, alterações essas impossíveis de serem recuperadas por meios mais conservadores como restaurações convencionais, clareamento dental e microabrasão; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 85100218 85100226, 85400556, 85400220, 85400262, 85400157, 76415000, 85400149, 85400114, 82000875 e 82001731.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente decíduo ou permanente;

**1.3.** O procedimento de faceta somente será autorizado para os 06 (seis) dentes anteriores, superiores e inferiores, exclusivamente na face vestibular;

**1.4.** Autorizado em conjunto com a faceta de resina apenas, em casos de tratamento endodôntico a restauração da face palatina (código 85100196). Outro tipo de restauração ou código não são aceitos;

**1.5.** Autoriza-se faceta em resina na técnica direta, apenas para casos de fraturas consideráveis em incisivos e caninos, decíduos e permanentes, onde não há possibilidade de restaurar em classe III ou IV e para dentes consideravelmente escurecidos por tratamento endodôntico;

**1.6.** Dentes periodontalmente comprometidos e em rizólise avançada, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade e reabsorção; e

**1.7.** Poderão ser solicitadas fotografias iniciais ou finais, a critério do auditor.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia, análise da auditoria e, posteriormente, sujeito à aprovação da auditoria retrospectiva;

**1.2.** Radiografias sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado por meio de auditoria retrospectiva utilizando de preferência radiografia interproximal dos elementos envolvidos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.3. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Facplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas. Necessária apresentação de radiografia final e fotografia em auditoria retrospectiva; e

1.4. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

### **76438015 – Coroas de resina para dentes anteriores decíduos**

**1.1.** Tempo de recorrência: 540 dias;

**1.2.** Idade: mínima 00 ano e máxima de 08 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar funções de um dente decíduo que tenha sido afetado por cárie, traumatismo ou afecção estrutural dos dentes, em 03 (três) ou mais faces, utilizando como material restaurador a resina composta fotopolimerizável;

**1.4. Indicação:** restauração de cavidades preparadas em todas as faces de elementos decíduos com a indicação de coroas de resina para dentes decíduos anteriores; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 85100137, 83000046,, 72730013, 85100099, 85100102, 85100110, 85100196, 85100200, 85100218, 85100226, 85100064, 85400220, 85400262 e 82000875.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial e análise da auditoria;

**1.2.** No máximo um código por dente; e

**1.3.** Dentes periodontalmente comprometidos e em rizólise avançada, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade e reabsorção.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85400262 – Pino pré fabricado**

**1.1.** Tempo de recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: mínima de 02 anos a 15 anos incompletos;

**1.3.** Descrição: consiste na realização de núcleo intra radicular pré-fabricado rosqueável juntamente com preenchimento coronário em ionômero ou resina composta utilizado em dentes permanentes tratados endodonticamente;

**1.4.** Indicação: reconstrução da parte coronária destruída de um dente desvitalizado por tratamento endodôntico, perda da estrutura dentária, cáries e preparação cavitária em que é utilizado núcleo pré-fabricado rosqueável associado a material restaurador odontológico; e

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 85100099, 85100102, 85100110, 85100196, 85100200, 85100218, 85100226, 85100064, 85400220, 82000875 e 82001731.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema *Facplan*, com radiografia inicial e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente dentro da parametrização estabelecida;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.3. O núcleo intra radicular pré-fabricado rosqueável com preenchimento só será autorizado em dentes tratados endodonticamente e com suporte ósseo remanescente aproximado de 2/3 da raiz;
- 1.4. O preparo para o núcleo/pino deve ser de aproximadamente 2/3 do comprimento radicular;
- 1.5. Autorizado somente para preparos unitários;
- 1.6. Valores do núcleo pré-fabricado incluso; e
- 1.7. Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; Análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85400220 – Núcleo metálico fundido**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: mínima de 1 ano a 15 anos incompletos;
- 1.3. **Descrição:** consiste na realização de núcleo intrarradicular em liga metálica fundida confeccionado em laboratório de prótese dentária utilizado em dentes permanentes tratados endodonticamente;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicação:** reconstrução da parte coronária destruída de um dente desvitalizado por tratamento endodôntico, perda da estrutura dentária, cáries e preparação cavitária; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com código 85100099, 85100102, 85100110, 85100196, 85100200, 85100218, 85100226, 85100064, 85400211, 85400262, 82000875 e 82001731.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente dentro da parametrização estabelecida;

**1.2.** O núcleo intrarradicular só será autorizado em dentes tratados endodonticamente e com suporte ósseo remanescente em pelo menos 2/3 da raiz;

**1.3.** O preparo para o núcleo/pino deve ser de aproximadamente, 2/3 do comprimento radicular;

**1.4.** Autorizado somente para preparos unitários;

**1.5.** Valores de laboratório de prótese incluso no procedimento;

**1.6.** Dentes periodontalmente comprometidos, deverão ser avaliados antes da sua realização, quanto ao grau de mobilidade;

**1.7.** Indicar radiografia periapical para auditoria eletrônica; e

**1.8.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; A análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Necessária apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001251 – Reimplante dentário com contenção**

- 1.1. Tempo de recorrência: uma vez na vida;
- 1.2. Idade: mínima de 0 a 15 anos incompletos;
- 1.3. **Descrição:** consiste na contenção com materiais utilizados por indicação do profissional, conforme normas técnico-científicas, com necessidade de reimplante dentário;
- 1.4. **Indicação:** imobilização de um elemento dental que apresenta alto grau de mobilidade, provocado por trauma, feita com resina composta; e
- 1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 82001286, 82000298, 82001740, 82001731, 75750123, 82000875, 82000875, 82001731 e 83000089.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Aceita-se no máximo um código por dente avulsionado e reimplantado no mesmo segmento, uma vez na vida dentro da parametrização;
- 1.2. Liberado para qualquer dente permanente avulsionado ou com alto grau de mobilidade. Nos casos do envolvimento de mais de um elemento dental no mesmo segmento, anexar relatório na ficha eletrônica, expondo as condições do traumatismo, descrição dos elementos avulsionados, o termo de consentimento livre e esclarecido do usuário consciente das condições do prognóstico do elemento envolvido e a data da remoção da imobilização; e
- 1.3. Indicar radiografia periapical (uma para o diagnóstico e outra da imobilização) ou panorâmica dos maxilares para auditoria prospectiva inicial e retrospectiva.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação do exame radiográfico inicial e final (periapical) sem distorções, com identificação legível do usuário e do credenciado e data de realização e anexada na posição correta do dente na arcada;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

### **82000875 –Exodontia simples de permanente**

1.1. Tempo de recorrência: 1 vez vida;

1.2. Idade: mínima de 4 anos e máxima de 15 anos incompletos;

1.3. **Descrição:** consiste em realizar a extração dentária com alveoloplastia, caso necessário, de dentes permanentes, em dentes normalmente implantados;

1.4. **Indicação:** remoção dentária proveniente de cáries extensas que não permitam sua reabilitação restauradora e protética; necrose pulpar irreversível não tratada endodonticamente por canal muito tortuoso, calcificado, e em outros casos não possíveis de serem tratados; doença periodontal grave, traumatismos e por indicação ortodôntica; e

1.5. Incompatibilidade: todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) e 82001286, 75750123, 82000875, 82001731, 82001740, 83000089, 72730013 e 83000089.

### **Regras de Regulação:**

1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema *Facplan* e análise da auditoria;

1.2. Aceita-se no máximo um código por dente permanente, uma vez na vida, dentro da parametrização;

1.3. Nos casos de exodontias de dentes hígidos, anexar na guia cadastrada encaminhamento do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante;

1.4. Nos casos de exodontias com finalidade ortodôntica, há necessidade de anexar na guia cadastrada, solicitação do ortodontista, com carimbo da especialidade, especificando obrigatoriamente os elementos dentários indicados; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5.** Necessário radiografia periapical e/ou panorâmica, conforme indicação, na auditoria prospectiva.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **82001715 – Ulotomia**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1 vez na vida;

**1.2.** Idade: 0 ano a 15 anos incompletos;

**1.3. Descrição:** procedimento cirúrgico onde se realiza uma incisão na gengiva (capuz mucoso) para liberar o processo de erupção do dente permanente;

**1.4. Indicação:** quando o dente não erupciona naturalmente, faz-se a incisão do capuz mucoso auxiliando a sua erupção; e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000298, 82001740, 82001731, 82000875, 82000875, 82001731 e 83000089.

#### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial e análise da auditoria; e
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente uma vez na vida dentro da parametrização.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; A análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **82001707 – Ulectomia**

- 1.1. Tempo de recorrência: 1 vez na vida;
- 1.2. Idade: 0 ano a 15 anos incompletos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em remover cirurgicamente a porção superior de um processo hipertrófico muco gengival, que envolve os dentes não erupcionados;
- 1.4. **Indicação:** remoção cirúrgica de formações anormais de tecido mucogengival sobre dentes não completamente erupcionados devido a processo inflamatório originado de resíduos alimentares associados à má higienização ou por trauma; e
- 1.5. Incompatibilidade: todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000298, 82001740, 82001731, 82000875, 82000875, 82001731 e 83000089.

#### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial e análise da auditoria; e
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente uma vez na vida dentro da parametrização.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada; A análise do procedimento executado será realizada em auditoria retrospectiva;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **72730013 – Exodontia de decíduo supranumerário**

- 1.1. Tempo de Recorrência: uma vez durante a vida para cada região onde possa existir o dente decíduo supranumerário;
- 1.2. Idade: mínima 02 anos e máxima de 14 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em realizar a extração dentária quando necessária de dentes decíduos que excedam os 20 elementos decíduos normais;
- 1.4. **Indicação:** remoção dentária proveniente de elemento dentário extranumerário que esteja parcial ou totalmente irrompido; e
- 1.5. Incompatibilidade: todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) e 82001286, 82001740, 82001731, 82000875, 82001731, 83000089 e 83000089.

#### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial e análise da auditoria;
- 1.2. Aceita-se no máximo um código por dente extranumerário no mesmo segmento, uma vez na vida dentro da parametrização; e
- 1.3. Nos casos de dentes supranumerários múltiplos no mesmo segmento, anexar os exames radiográficos e, se houver, encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista, anexar na Guia no Sistema Facplan.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.2. A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);
- 1.3. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.4. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.5. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **82001731 – Exodontia de semi-incluso/impactado supra numerário**

- 1.1. Tempo de recorrência: 1 vez na vida;
- 1.2. Idade: mínima de 05 anos a 15 anos incompletos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em realizar a extração dentária com alveoloplastia, caso necessário, de dentes permanentes completamente formados que excedam os 32 elementos permanentes normais;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicação:** remoção dentária proveniente de elemento dentário extranumerário que esteja parcial ou totalmente irrompido; e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) e 82001286, 82001740, 82001731, 82000875, 83000089, 72730013 e 83000089.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente extranumerário no mesmo segmento, uma vez na vida dentro da parametrização; e

**1.3.** Nos casos de dentes supranumerários múltiplos no mesmo segmento, anexar os exames radiográficos na Guia do Sistema Facplan e, se houver, encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista, anexar na ficha.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **82000298 – Bridectomia**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Tempo de recorrência: não se aplica;
- 1.2. Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** remoção de bridas. Serão liberados quando estiverem causando interferência na área de inserção. Deverão ser indicados os segmentos a serem operados; e
- 1.4. Incompatibilidade: não combina com os códigos 75311000, 82000417 e 82000212.

#### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo;
- 1.2. Acima do número parametrizado por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva; e
- 1.3. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia, análise da auditoria e, posteriormente, sujeito à aprovação da auditoria retrospectiva.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;
- 1.2. Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria; e
- 1.3. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

#### **82000883 - Frenulectomia labial**

- 1.1. Tempo de recorrência: Não se aplica;
- 1.2. Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** remoção completa de freios labiais superior e inferior;
- 1.4. **Indicação:** esse procedimento é indicado em casos mais severos, quando o freio interfere na função normal. Serão liberados quando estiverem causando interferência na área de inserção. Deverão ser indicados os segmentos a serem operados; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 75311000; 82000417; 82000212, 82000905 e 82000298.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo;

**1.2.** Acima do número parametrizado por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva; e

**1.3.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da guia, análise da auditoria e, posteriormente, sujeito à aprovação da auditoria retrospectiva.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

**1.2.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria; e

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas.

### **82000891 - Frenulectomia lingual**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** remoção completa de freios linguais superior e inferior;

**1.4. Indicação:** é indicado em casos mais severos, quando o freio interfere na função normal. Serão liberados quando estiverem causando interferência na área de inserção. Deverão ser indicados os segmentos a serem operados; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 75311000; 82000417; 82000212, 82000905, 82000298 e 82000913.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo;
- 1.2. Acima do número parametrizado por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva; e
- 1.3. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da guia, análise da auditoria e, posteriormente, sujeito à aprovação da auditoria retrospectiva.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;
- 1.2. Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria; e
- 1.3. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas.

### **82000905 - Frenulotomia labial**

- 1.1. Tempo de recorrência: não se aplica;
- 1.2. Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** é uma cirurgia mais conservadora, onde o freio é apenas parcialmente cortado ou liberado, sem ser completamente removido. O objetivo é liberar a tensão exercida pelo freio sem removê-lo por completo;
- 1.4. **Indicação:** situações onde o freio interfere moderadamente com a movimentação dos lábios ou da língua, mas não requer uma remoção completa; e
- 1.5. **Incompatibilidade:** não combina com os códigos 75311000; 82000417; 82000212, 82000905 e 82000298.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.2. Acima do número parametrizado por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva; e

1.3. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da guia e análise da auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

1.1. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

1.2. Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria; e

1.3. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

#### **82000913 - Frenulotomia lingual**

1.1. Tempo de recorrência: não se aplica;

1.2. Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;

1.3. **Descrição:** é uma cirurgia mais conservadora, onde o freio é apenas parcialmente cortado ou liberado, sem ser completamente removido. O objetivo é liberar a tensão exercida pelo freio sem removê-lo por completo;

1.4. **Indicação:** situações onde o freio interfere moderadamente com a movimentação dos lábios ou da língua, não requer uma remoção completa, e casos mais leves de anquiloglossia em que a função é limitada, mas sem a necessidade da remoção total do freio; e

1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 75311000; 82000417; 82000212, 82000298 e 82000891.

#### **Regras de Regulação:**

1.1. Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo;

1.2. Acima do número parametrizado por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.3. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da guia, análise da auditoria e, posteriormente, sujeito à aprovação da auditoria retrospectiva;

**Regras de Auditoria:**

1.1. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

1.2. Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria; e

1.3. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas.

**3.11. CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL**

1.1. Os códigos com os procedimentos abaixo relacionados, necessitarão de comprovação final por meio da assinatura e ciência do beneficiário ou responsável legal, com o intuito de evitar solicitações duplicadas de procedimento já solicitado/realizado:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
82000875	Exodontia simples de permanente
82001740	Exodontia de incluso/impactado supranumerário
82001731	Exodontia de semi-incluso/impactado supranumerário
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados
83000089	Exodontia simples de decíduo
72730013	Exodontia de decíduo supranumerário
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal
77506000	Biópsia de procedimento odontológico
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica

**1.2.** Os códigos com os respectivos valores são os disponíveis nas tabelas odontológicas relativas às especialidades;

**1.3.** Fica instituído Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV), para que seja impresso pelos prestadores e assinado pelo beneficiário ou responsável legal, devendo ser anexado junto à Guia, no Sistema Facplan, relativa aos procedimentos relacionados e realizados, como forma de comprovação final do tratamento realizado; e

**1.4.** Os procedimentos que não possuem o Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral devidamente preenchido e anexado poderão ser glosados, a critério da análise da auditoria. Nos casos em que forem comprovadas fraudes nas solicitações, assim como faturamento de guia sem realização dos procedimentos, o profissional responderá processo administrativo objetivando a apuração dos atos praticados, com posterior aplicação de penalidades conforme Regulamento do Ipasgo SSA.

### **Regras gerais:**

**1.1.** Não será considerado dente incluso os que se apresentarem radiograficamente com a coroa no mesmo nível oclusal do 2º molar permanente e com espaço distal livre do ramo mandibular;

**1.2.** A drenagem de abscesso e extração do 3º molar incluso são códigos excludentes;

**1.3.** A critério do auditor, poderá ser solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, que deverá ser datado e assinado pelo paciente e profissional no qual se comprove que o beneficiário está ciente dos procedimentos que serão executados, suas vantagens, desvantagens, riscos e custos/recolhimento (mostrar o custo para o usuário antes de ser salvo o tratamento); e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4.** Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema, esclarecendo o fato (o mesmo deve obrigatoriamente conter os dados do paciente, o dente, data e as assinaturas do paciente e do profissional em papel timbrado e carimbado).

## PROCEDIMENTOS

### **83000089– Exodontia simples de decíduo**

**1.1.** Tempo de recorrência: 01 vez na vida;

**1.2.** Idade: mínima 01 ano e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em realizar extração dentária de dentes decíduos ou sua raiz residual;

**1.4. Indicação:** remoção dentária ou de resto radicular de elemento decíduo proveniente de rizólise associadas ou não à cárie extensa, necrose pulpar irreversível, traumatismos, indicação ortodôntica e em outros casos não possíveis de serem reabilitados; e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000298, 82000883, 82000891, 82000905, 82000913, 82001731, 82001740, 82000875, 82000875 e 82001731.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente decíduo uma vez na vida dentro da parametrização;

**1.3.** Nos casos de exodontias de dentes hígidos e com pequena rizólise, anexar os exames radiográficos na guia, e, caso seja necessário anexar o encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4.** Nos casos de exodontias com finalidade ortodôntica, há necessidade de anexar na solicitação da guia anexo com a justificativa do especialista em ortodontia para a realização do procedimento especificando a necessidade na remoção dos elementos dentários;

**1.5.** Inclui neste código o dente decíduo ou o seu resto radicular; e

**1.6.** Indicar radiografia periapical infantil para auditoria prospectiva.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **72730013 – Exodontia de decíduo supranumerário**

**1.1.** Tempo de recorrência: uma vez durante a vida para cada região onde possa existir o dente decíduo supranumerário;

**1.2.** Idade: mínima 02 anos e máxima de 14 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em realizar a extração dentária quando necessária de dentes decíduos que excedam os 20 elementos decíduos normais;

**1.4. Indicação:** remoção dentária proveniente de elemento dentário extranumerário que esteja parcial ou totalmente irrompido; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5.** Incompatibilidade: todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) e 82001286, 82001731, 82001740, 82000875, 82001731, 82001740 e 83000089.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Aceita-se no máximo um código por dente extranumerário no mesmo segmento, uma vez na vida dentro da parametrização;

**1.2.** Nos casos de dentes supranumerários múltiplos no mesmo segmento, anexar os exames radiográficos e, se houver, encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista, na guia do Sistema Facplan; e

**1.3.** Indicar radiografia periapical ou panorâmica dos maxilares.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82000875 – Exodontia simples de permanente**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1 vez vida;

**1.2.** Idade: mínima de 4 anos e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** consiste em realizar a extração dentária de dentes normalmente implantados, com alveoloplastia, caso necessário, de dentes permanentes;

**1.4. Indicação:** remoção dentária proveniente de cáries extensas que não permitam sua reabilitação restauradora e protética; necrose pulpar irreversível não tratada endodonticamente por canal muito tortuoso, calcificado, e em outros casos não possíveis de serem tratados; doença periodontal grave, traumatismos e por indicação ortodôntica; e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000298, 82000883, 82000891, 82000905, 82000913, 82001731, 82001740, 82000875, 82001731 e 83000089.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente uma vez na vida dentro da parametrização;

**1.3.** Nos casos de exodontias de dentes hígidos, anexar os exames radiográficos na guia, e, caso seja necessário anexar o encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante;

**1.4.** Nos casos de exodontias com finalidade ortodôntica, há necessidade de anexar à guia eletrônica solicitação do especialista em ortodontia para a realização do procedimento especificando obrigatoriamente na remoção dos elementos dentários; e

**1.5.** Indicar radiografia periapical para auditoria ou panorâmica quando for o caso.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **77501012 - Exodontia de dente permanente supranumerário**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1 vez na vida;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em realizar a extração dentária com alveoloplastia, caso necessário, de dentes permanentes completamente formados, que excedam os 32 elementos permanentes normais;

**1.4. Indicação:** remoção dentária proveniente de elemento dentário extranumerário que esteja parcial ou totalmente irrompido; e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000298, 82000883, 82000891, 82000905, 82000913, 82000875, 83000089, 82001073 e 83000089.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Aceita-se no máximo um código por dente supranumerário no mesmo segmento, uma vez na vida, dentro da parametrização;

**1.2.** Nos casos de dentes supranumerários múltiplos no mesmo segmento, anexar os exames radiográficos e, se houver, encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante, na guia do Sistema Facplan; e

**1.3.** Indicar radiografia periapical ou panorâmica dos maxilares para auditoria inicial.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82000859 Exodontia de raiz residual**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1 vez vida;

**1.2.** Idade: mínima de 4 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em realizar a exodontia de um remanescente dentário sem a coroa que fica retido no osso podendo estar visível ou não;

**1.4. Indicação:** remoção dentária proveniente de cáries extensas que ocasionam a destruição total da coroa ou de uma exodontia em que houve a retirada da coroa sem a completa remoção da raiz ou raízes; e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000298, 82000883, 82000891, 82000905, 82000913, 82000875, 82001731, 83000089, 82001740 e 82001731.

### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente uma vez na vida dentro da parametrização; e

**1.3.** Necessário radiografia periapical e/ou panorâmica, conforme indicação, na auditoria prospectiva.

**Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

**82001286 – Remoção de dentes inclusos / impactados**

**1.1.** Tempo de recorrência: uma vez na vida;

**1.2.** Idade: 8 a 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em remover dentes cuja parte coronária está coberta por mucosa quando a totalidade do dente encontra-se no interior da porção óssea. Entende-se por dente incluso um órgão dentário que, mesmo completamente desenvolvido, não fez sua erupção normal, encontrando-se totalmente rodeado por tecido ósseo ou por tecido ósseo e mucosa. A

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

impactação ocorre porque a irrupção é dificultada pelos dentes adjacentes, por um denso revestimento ósseo ou por excesso de tecido mole;

**1.4. Indicação:** este procedimento está indicado nos casos onde em que ocorram complicações gerais ou locais: falta de espaço na arcada, desvio da posição dos demais dentes, manifestações neurológicas (dores de cabeça, dores nas articulações têmporo-mandibulares), manifestações tumorais (cistos e tumores de desenvolvimento), infecções (pericoronarite, abscesso), outras manifestações locais (cáries nos segundos molares, reabsorção de raízes dos dentes vizinhos); e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) e 82001073 , 82001502, 82001634, 83000089, 85300020, 77511000, 82000182, 82000085, 82000077, 82000166, 82000158 , 82000786, 82001391, 82001731, 82001740, 72730013 e 82001529.

#### **Regras de Regulação:**

- 1.1.** Aceita-se no máximo um código por dente uma vez na vida dentro da parametrização;
- 1.2.** Nos casos de exodontias de dentes hígidos, anexar os exames radiográficos na guia, e, caso seja necessário anexar o encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante;
- 1.3.** Nos casos de exodontias com finalidade ortodôntica, deve-se anexar na guia do Sistema Facplan a solicitação do especialista em ortodontia para a realização do procedimento; e
- 1.4.** Indicar radiografia periapical para auditoria ou panorâmica quando for o caso.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do; Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001294 – Remoção de dentes semi-inclusos / impactados**

**1.1.** Tempo de recorrência: Uma vez na vida;

**1.2.** Idade: 8 a 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em remover dentes cuja parte coronária está coberta por mucosa quando a totalidade do dente encontra-se no interior da porção óssea. Entende-se por dente incluído um órgão dentário que, mesmo completamente desenvolvido, não fez sua erupção normal, encontrando-se totalmente rodeado por tecido ósseo ou por tecido ósseo e mucosa. A impactação ocorre porque a irrupção é dificultada pelos dentes adjacentes, por um denso revestimento ósseo ou por excesso de tecido mole;

**1.4. Indicação:** este procedimento está indicado nos casos onde em que ocorram complicações gerais ou locais: falta de espaço na arcada, desvio da posição dos demais dentes, manifestações neurológicas (dores de cabeça, dores nas articulações têmporo-mandibulares), manifestações tumorais (cistos e tumores de desenvolvimento), infecções (pericoronarite, abscesso), outras manifestações locais (cáries nos segundos molares, reabsorção de raízes dos dentes vizinhos); e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) e 82001073 , 82001502, 82001634, 83000089, 85300020, 77511000, 82000182, 82000085, 82000077, 82000166, 82000158 , 82000786, 82001391, 82001731, 82001740, 72730013 e 82001529.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Aceita-se no máximo um código por dente uma vez na vida dentro da parametrização;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Nos casos de exodontias de dentes hígidos, anexar os exames radiográficos na guia, e, caso seja necessário anexar o encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante;

**1.3.** Nos casos de exodontias com finalidade ortodôntica, há necessidade de anexar na guia do Sistema Facplan a solicitação do especialista em ortodontia para a realização do procedimento; e

**1.4.** Indicar radiografia periapical para auditoria ou panorâmica quando for o caso.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **82001731 - Exodontia de semi-incluso/impactado supra numerário**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1 vez na vida;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** remoção cirúrgica de um dente supranumerário que está semi-incluso ou impactado; situação clínica que não houve a erupção completa do dente na arcada dentária devido à falta de espaço ou bloqueios, como outros dentes, ossos ou tecidos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicação:** interferência na erupção de outros dentes, risco de cistos ou tumores, problemas ortodônticos, dor e desconforto, infecções e nos casos em que os dentes supranumerários na região anterior podem comprometer a estética, especialmente se forem visíveis na linha do sorriso; e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) e 82001286, 83000089, 83000089, 82001740, 77501012, 82000875, 82000859, 82001294 e 72730013.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente supranumerário no mesmo segmento, uma vez na vida dentro da parametrização; e

**1.3.** Nos casos de dentes supranumerários múltiplos no mesmo segmento, anexar os exames radiográficos na guia e o encaminhamento do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5.** Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema, esclarecendo o fato (o mesmo deve obrigatoriamente conter os dados do paciente, o dente, data e as assinaturas do paciente e do profissional em papel timbrado e carimbado); e

**1.6.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001740 Exodontia de incluso/impactado supra numerário**

**1.1.** Tempo de recorrência: 1 vez na vida;

**1.2.** Idade: mínima de 15 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** remoção cirúrgica de um dente supranumerário que está incluso ou impactado; situação clínica que não houve a erupção do dente na arcada dentária devido à falta de espaço ou bloqueios, como outros dentes, ossos ou tecidos;

**1.4. Indicação:** interferência na erupção de outros dentes, risco de cistos ou tumores, problemas ortodônticos, dor e desconforto, infecções e nos casos em que os dentes supranumerários na região anterior podem comprometer a estética, especialmente se forem visíveis na linha do sorriso; e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) e 82001286, 82000875, 83000089, 83000089, 82001731, 77501012, 82000875, 82000859, 82001294 e 72730013.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente supranumerário no mesmo segmento, uma vez na vida dentro da parametrização;

**1.3.** Nos casos de dentes supranumerários múltiplos no mesmo segmento, anexar os exames radiográficos na guia, encaminhamento do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante; e

**1.4.** Indicar Radiografia periapical ou panorâmica dos maxilares para auditoria prospectiva;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

**1.5.** Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema, esclarecendo o fato (o mesmo deve obrigatoriamente conter os dados do paciente, o dente, data e as assinaturas do paciente e do profissional em papel timbrado e carimbado); e

**1.6.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001073 – Odonto-secção**

**1.1.** Tempo de recorrência: máximo de 06 por 180 dias;

**1.2.** Idade: mínima 6 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na transformação de dentes multirradiculares em unirradiculares, por meios cirúrgicos em molares permanentes, assim como: manutenção da parte sadia e a remoção da parte comprometida e o tratamento da área periodontal afetada com a manutenção das estruturas dentárias seccionadas.

**1.4. Indicação:** Quando ocorre em virtude de comprometimento periodontal, fratura radicular ou acometida por lesão patológica; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5.** Incompatibilidade: 82000875, 82001286, 82001731, 82001740, 82001502, 82001634, 82001740, 82001731, 82000182 , 82000174, 82000085 , 82000077, 82000166, 82000158 e 82001022.

### **Regras de Regulação:**

Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica por meio da radiografia enviada eletronicamente para auditoria prospectiva.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação do exame radiográfico inicial e final (periapical ou panorâmica) sem distorções, com identificação legível do usuário e do credenciado e data de realização e anexada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A radiografia deverá ser digitalizada e anexada na na guia do Sistema Facplan;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

**1.4.** Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema, esclarecendo o fato (o mesmo deve obrigatoriamente conter os dados do paciente, o dente, data e as assinaturas do paciente e do profissional em papel timbrado e carimbado).

### **82000034 – Alveoloplastia**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: 10 a 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste no recontorno ósseo em áreas edêntulas, promovendo a remoção de irregularidades do tecido ósseo, mantendo altura e volume para a reabilitação protética, após a realização de extrações múltiplas;

**1.4. Indicação:** quando ocorre em maxila/mandíbula; e

**1.5.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 82001073, 82001286, 82000298, 82000891, 82000905, 82000913, 82000883, 82000875, 82001731, 82001740 e 83000089.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001715– Ulotomia**

**1.1.** Tempo de ocorrência: 01 vez na vida;

**1.2.** Idade: mínima 0 e máxima de 19 anos;

**1.3. Descrição:** procedimento cirúrgico onde se realiza uma incisão na gengiva (capuz mucoso) para liberar o processo de erupção do dente permanente;

**1.4. Indicação:** quando o dente não erupciona naturalmente, faz-se a incisão do capuz mucoso auxiliando a sua erupção; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 82001286, 82000298, 82000883, 82000891, 82000905, 82000913, 82001740, 82001731, 82000875, 82000875 , 82001731, 82001740, 83000089 e 82001073.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e

**1.2.** Aceita-se no máximo um código por dente uma vez na vida dentro da parametrização.

### **Regras de Auditoria:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **85300020 – Imobilização dentária em dentes permanentes**

**1.1.** Tempo de recorrência: máximo de 01 por 180 dias;

**1.2.** Idade: mínima 06 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na imobilização de elementos dentais que apresentam alto grau de mobilidade provocado por doença periodontal ou trauma. Contenções feitas com resina fotopolimerizável;

**1.4. Indicação:** dentes com mobilidade, mas sem a doença periodontal, dentes que sofreram traumas, dentes com mobilidade e que o paciente quer mantê-los mas sem a presença de doenças que possam levar a iatrogenias; e

**1.5.** Incompatibilidade: 82001073.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado mediante a comprovação de necessidade de contenção dentária por meio de exame clínico considerando o tempo de recorrência;

**1.2.** Acima do tempo parametrizado por 180 dias, autorizada mediante auditoria prospectiva; e

**1.3.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82000298 – Bridectomia**

**1.1.** Tempo de recorrência: Não se aplica;

**1.2.** Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** remoção de bridas. Serão liberados quando estiverem causando interferência na área de inserção. Deverão ser indicados os segmentos a serem operados; e

**1.4.** Incompatibilidade: não combina com os códigos 75311000; 82000417; 82000212.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo;

**1.2.** Acima do número parametrizado por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva; e

**1.3.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da guia, análise da auditoria e, posteriormente, sujeito à aprovação da auditoria retrospectiva.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **82000883 - Frenulectomia labial**

- 1.1. Tempo de recorrência: não se aplica;
- 1.2. Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** remoção completa de freios labiais superior e inferior;
- 1.4. **Indicação:** esse procedimento é indicado em casos mais severos, quando o freio interfere na função normal. Serão liberados quando estiverem causando interferência na área de inserção. Deverão ser indicados os segmentos a serem operados; e
- 1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 75311000; 82000417; 82000212, 82000905 e 82000298.

#### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo;
- 1.2. Acima do número parametrizado por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva; e
- 1.3. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.3. Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria.

### **82000891 - Frenulectomia lingual**

- 1.1. Tempo de Recorrência: não se aplica;
- 1.2. Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** remoção completa de freios linguais superior e inferior;

**1.4. Indicação:** esse procedimento é indicado em casos mais severos, quando o freio interfere na função normal. Serão liberados quando estiverem causando interferência na área de inserção. Deverão ser indicados os segmentos a serem operados; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 75311000; 82000417; 82000212, 82000905, 82000298 e 82000913.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo;

**1.2.** Acima do número parametrizado por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva; e

**1.3.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria.

#### **82000905 - Frenulotomia labial**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** é uma cirurgia mais conservadora, onde o freio é apenas parcialmente cortado ou liberado, sem ser completamente removido. O objetivo é liberar a tensão exercida pelo freio sem removê-lo por completo;

**1.4. Indicação:** situações onde o freio interfere moderadamente com a movimentação dos lábios ou da língua, mas não requer uma remoção completa; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 75311000, 82000417, 82000212, 82000905 e 82000298.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo;

**1.2.** Acima do número parametrizado por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva; e

**1.3.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria.

#### **82000913 - Frenulotomia lingual**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** é uma cirurgia mais conservadora, onde o freio é apenas parcialmente cortado ou liberado, sem ser completamente removido. O objetivo é liberar a tensão exercida pelo freio sem removê-lo por completo;

**1.4. Indicação:** situações onde o freio interfere moderadamente com a movimentação dos lábios ou da língua, mas não requer uma remoção completa, e casos mais leves de anquiloglossia em que a função é limitada, sem a necessidade da remoção total do freio; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 75311000, 82000417, 82000212, 82000298 e 82000891.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado mediante a comprovação de necessidade diagnóstica, podendo ser necessário anexar fotografia e laudo;

**1.2.** Acima do número parametrizado por ano, autorizada mediante auditoria prospectiva; e

**1.3.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria;

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia, a critério da auditoria.

#### **77506000 – Biópsia de procedimento odontológico**

**1.1.** Tempo de recorrência: 360 dias ou quando houver necessidade com justificativa;

**1.2.** Idade: 0 a 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido, mole e/ou duro alterado, para fins de exame anatomopatológico;

**1.4. Indicação:** utilizada para auxiliar no diagnóstico de lesões, identificação das causas de crescimento tecidual, doenças inflamatórias e infecciosas; e

**1.5. Incompatibilidade:** 82001758, 82000808, 82001634, 82000794 e 82001634.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

**1.2.** Anexar justificativa e região no sistema poderá ser solicitado foto ou radiografia, a critério da auditoria.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **77507000 – Sulcoplastia p/ arcada**

**1.1.** Tempo de recorrência: uma vez na vida;

**1.2.** Idade: 1 a 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico para aumento de fundo de vestibulo, baseado na divulsão de estruturas anatômicas que estejam prejudicando a adaptação e estabilidade da prótese e, promovendo, também, um aumento da área chapeável; e

**1.4. Indicação:** diante da presença de rebordo insuficiente em pacientes desdentados, para melhor adaptação de próteses.

#### **Regras de Regulação:**

Anexar justificativa e região no sistema (poderá ser solicitado foto a critério do auditor).

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia em qualquer momento que o auditor julgar necessário;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

#### **82000395 – Cirurgia para torus palatino**

**1.1.** Tempo de recorrência: uma vez na vida;

**1.2.** Idade: 30 a 110 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico para remoção da exostose óssea, por desgaste ou osteotomias com fresas, variando de acordo com sua forma e tamanho; e

**1.4. Indicação:** a remoção cirúrgica do tórus palatino está indicada quando há interferência nas funções de fonação, mastigação, deglutição, trauma recorrente e para correção de deformidades ósseas que impeçam a adaptação de próteses.

#### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e
- 1.2. Anexar os exames radiográficos na guia, e, caso seja necessário anexar o encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **82000387 – Cirurgia para torus mandibular – unilateral**

- 1.1. Tempo de recorrência: uma vez na vida;
- 1.2. Idade: 18 a 110 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico para remoção da exostose óssea, por desgaste ou osteotomia com fresas, variando de acordo com sua forma e tamanho;
- 1.4. **Indicação:** a remoção cirúrgica do torus mandibular unilateral está indicada quando há interferência nas funções de fonação, mastigação, deglutição, trauma recorrente e para correção de deformidades ósseas que impeçam a adaptação de próteses; e
- 1.5. Incompatibilidade: 82000360.

#### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.2. Anexar os exames radiográficos na guia e, caso seja necessário anexar o encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante.

### **Regras de Auditoria:**

1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82000360– Cirurgia para torus mandibular – bilateral**

1.1. Tempo de recorrência: uma vez na vida;

1.2. **Idade: 18 a 110 anos;**

1.3. **Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico para remoção da exostose óssea, por desgaste ou osteotomia com fresas, variando de acordo com sua forma e tamanho;

1.4. **Indicação:** a remoção cirúrgica do tórus mandibular bilateral está indicada quando há interferência nas funções de fonação, mastigação, deglutição, trauma recorrente e para correção de deformidades ósseas que impeçam a adaptação de próteses; e

1.5. Incompatibilidade: 82000387.

### **Regras de Regulação:**

1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema *Facplan*, com radiografia inicial que comprove; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.2. Anexar os exames radiográficos na guia, e, caso seja necessário anexar o encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante.

### **Regras de Auditoria:**

1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82000182– Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada**

1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;

1.2. Idade: 5 a 111 anos;

1.3. **Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico que visa à ressecção do ápice radicular e curetagem da região periapical, com o intuito de se remover toda a lesão patológica, promovendo as condições necessárias ao organismo reparar a região periapical;

1.4. **Indicação:** este procedimento está indicado em casos onde o tratamento endodôntico convencional fracassou ou em casos de impossibilidade de acesso ao canal radicular por via coronária; e

1.5. Incompatibilidade: 82000174, 82000875 e 82001286.

### **Regras de Regulação:**

1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema *Facplan*, com radiografia inicial que comprove; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.2. Considerados dentes que apresentem lesão propriamente dita, e, os casos que apresentem espessamento bem visível do ligamento periodontal podem ou não serem liberados após análise criteriosa da auditoria.

### **Regras de Auditoria:**

1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.4. Necessário a apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva

### **82000174 – Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada**

1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;

1.2. Idade: 7 a 111 anos;

1.3. **Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico que visa à ressecção do ápice radicular e curetagem da região periapical, com o intuito de se remover toda a lesão patológica. Promovendo as condições necessárias ao organismo reparar a região periapical. Com o intuito de promover uma obliteração mais hermética possível do canal radicular por via apical, segue-se a obturação retrógrada ou obturação apical. Esta etapa consiste em uma medida de segurança adicional ao procedimento cirúrgico;

1.4. **Indicação:** este procedimento está indicado em casos onde o tratamento endodôntico convencional fracassou ou em casos de impossibilidade de acesso ao canal radicular por via coronária, oferecendo maior garantia, em termos de vedamento apical, nos casos de obturação insatisfatória do canal radicular; e

1.5. Incompatibilidade: 82000182, 82000875 e 82001286.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e
- 1.2. Considerados dentes que apresentem lesão propriamente dita, e, os casos que apresentem espessamento bem visível do ligamento periodontal podem ou não serem liberados após análise criteriosa da auditoria.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Necessário a apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82000085 – Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: 10 a 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico que visa à ressecção do ápice radicular e curetagem da região periapical, com o intuito de se remover toda a lesão patológica promovendo as condições necessárias ao organismo reparar a região periapical;
- 1.4. **Indicação:** este procedimento está indicado em casos onde o tratamento endodôntico convencional fracassou ou em casos de impossibilidade de acesso ao canal radicular por via coronária; e
- 1.5. Incompatibilidade: 82000077, 82000875 e 82001286.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e
- 1.2. Considerados dentes que apresentem lesão propriamente dita, e, os casos que apresentem espessamento bem visível do ligamento periodontal podem ou não serem liberados após análise criteriosa da auditoria.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Necessário a apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82000077 – Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada**

- 1.1. Tempo de recorrência: 720 dias;
- 1.2. Idade: 9 a 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico que visa à ressecção do ápice radicular e curetagem da região periapical, com o intuito de se remover toda a lesão patológica promovendo as condições necessárias ao organismo reparar a região periapical. Com o intuito de promover uma obliteração mais hermética possível do canal radicular por via apical, segue-se a obturação retrógrada ou obturação apical. Esta etapa consiste em uma medida de segurança adicional ao procedimento cirúrgico;
- 1.4. **Indicação:** este procedimento está indicado em casos onde o tratamento endodôntico convencional fracassou ou em casos de impossibilidade de acesso ao canal radicular por via

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

coronária, oferecendo maior garantia, em termos de vedamento apical, nos casos de obturação insatisfatória do canal radicular; e

**1.5. Incompatibilidade:** 82000085, 82000875 e 82001286.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e

**1.2.** Considerados dentes que apresentem lesão propriamente dita, e, os casos que apresentem espessamento bem visível do ligamento periodontal podem ou não serem liberados após análise criteriosa da auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessário a apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **82000166 – Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada**

**1.1.** Tempo de recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: 14 a 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico que visa à ressecção do ápice radicular e curetagem da região periapical, com o intuito de se remover toda a lesão patológica promovendo as condições necessárias para que o organismo repare a região periapical;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicação:** este procedimento está indicado em casos onde o tratamento endodôntico convencional fracassou ou em casos de impossibilidade de acesso ao canal radicular por via coronária; e

**1.5. Incompatibilidade:** 82000158, 82000875 e 82001286.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e

**1.2.** Considerados dentes que apresentem lesão propriamente dita, e, os casos que apresentem espessamento bem visível do ligamento periodontal podem ou não serem liberados após análise criteriosa da auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessário a apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **82000158 – Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada**

**1.1.** Tempo de recorrência: 720 dias;

**1.2.** Idade: 4 a 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico que visa à ressecção do ápice radicular e curetagem da região periapical, com o intuito de se remover toda a lesão patológica promovendo as condições necessárias para que o organismo repare a região periapical Com o

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

intuito de promover uma obliteração mais hermética possível do canal radicular por via apical, segue-se a obturação retrógrada ou obturação apical. Esta etapa consiste em uma medida de segurança adicional ao procedimento cirúrgico;

**1.4. Indicação:** este procedimento está indicado em casos onde o tratamento endodôntico convencional fracassou ou em casos de impossibilidade de acesso ao canal radicular por via coronária, oferecendo maior garantia, em termos de vedamento apical, nos casos de obturação insatisfatória do canal radicular; e

**1.5. Incompatibilidade:** 82000166, 82000875 e 82001286.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove;

**1.2.** Considerados dentes que apresentem lesão propriamente dita, e, os casos que apresentem espessamento bem visível do ligamento periodontal podem ou não serem liberados após análise criteriosa da auditoria.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessário a apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **82000786– Exérese ou excisão de cistos odontológicos**

**1.1.** Tempo de recorrência: 360 dias;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Idade: 6 a 110 anos;

**1.3. Descrição:** a exérese ou excisão de cistos odontológicos inclui os procedimentos de enucleação e marsupialização. A enucleação consiste em um procedimento cirúrgico que visa eliminação total da lesão em um único tempo cirúrgico. A marsupialização consiste em um procedimento cirúrgico que visa à descompressão e diminuição da lesão, para posterior resecção. O tratamento a ser realizado pode ser determinado por alguns fatores como: extensão da lesão, relação com estruturas nobres, evolução, origem, característica clínica da lesão, cooperação e condição sistêmica do paciente; e

**1.4. Indicação:** este procedimento está indicado nos casos de cistos e tumores do complexo maxilomandibular.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e

**1.2.** Anexar os exames radiográficos na guia, justificativa e, caso seja necessário anexar o encaminhamento/solicitação do cirurgião-dentista.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Necessário a apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **82001391– Retirada de corpo estranho orontral ou oronasal da região bucomaxilofacial**

- 1.1. Tempo de recorrência: 360 dias;
- 1.2. Idade: 7 a 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico realizado para acesso ao seio maxilar.
- 1.4. **Indicação:** este procedimento está indicado no caso de presença de corpo estranho no interior do seio maxilar; e
- 1.5. Incompatibilidade: 82001286, 83000089, 82000875, 82001731 e 82001740.

#### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e
- 1.2. Anexar justificativa, região e radiografia inicial (panorâmica ou periapical ou outra, que visualize toda região) na ficha eletrônica.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.2. A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);
- 1.3. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.4. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.5. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **82001030 – Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: 1 a 110 anos;

**1.3. Descrição:** consiste no procedimento cirúrgico para incisão e drenagem de abscesso intraoral;

**1.4. Indicação:** infecções que ocorrem na cavidade oral e que destroem osso e expandem a mucosa, analisar a trajetória normal da infecção a partir do dente e tecidos circundantes até planos dos tecidos moles suprajacentes; e

**1.5.** Incompatibilidade: 82001286, 85300063, 82000786, 82001391, 82001529, 82000808, 82001618, 82000778, 82000794, 77536000, 77553000, 82001634 e 82001502.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

**1.2.** Anexar justificativa e região no sistema.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Dispensa apresentação de radiografia inicial e final para auditoria;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

### **82001022 - Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: 1 a 110 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** consiste no procedimento cirúrgico para incisão e drenagem de abscesso extra-oral;

**1.4. Indicação:** infecções que ocorrem na cavidade oral e que destroem osso e expandem a mucosa, analisar a trajetória normal da infecção a partir do dente e tecidos circundantes até planos dos tecidos moles suprajacentes; e

**1.5. Incompatibilidade:** 82001286, 85300063, 82000786, 82001391, 82001529, 82000808, 82001618, 82000778, 82000794, 77536000, 77553000, 82001634 e 82001502.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

**1.2.** Anexar justificativa e região no sistema.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Dispensa apresentação de radiografia inicial e final para auditoria;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Webplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

#### **82001529– Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal**

**1.1.** Tempo de recorrência: 360 dias;

**1.2.** Idade: 7 a 110 anos;

**1.3. Descrição:** consiste no procedimento cirúrgico para fechamento da comunicação, podendo ser utilizadas várias técnicas: fechamento da fístula buco-sinusal com retalho vestibular, fechamento da fístula por meio de enxerto livre de tecido conjuntivo retirado do palato ou utilizando retalho palatino;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicação:** quando ocorre a comunicação buco-sinusal em decorrência, geralmente, de: extrações de dentes ou restos radiculares, curetagem dos alvéolos após extração, remoção cirúrgica de dentes inclusos, fraturas de tábuas ósseas vestibulares ou durante enucleação de cistos ou tumores em íntima relação com o seio maxilar. Isto é, qualquer destruição óssea que leve a uma situação de continuidade entre o seio maxilar e a cavidade oral; e

**1.5. Incompatibilidade:** 82000875, 83000089, 82001286, 72730013, 82001731 e 82001740.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

**1.2.** Anexar justificativa, região e radiografia inicial (panorâmica ou periapical ou outra, que visualize toda região) na ficha eletrônica.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (Anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **82000778– Exérese ou excisão de cálculo salivar**

**1.1.** Tempo de recorrência: 360 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Idade: 6 a 110 anos;

**1.3. Descrição:** consiste no procedimento para abordagem cirúrgica intra oral e remoção do cálculo salivar;

**1.4. Indicação:** quando ocorre a sialolitíase ou cálculo salivar, que representa a obstrução do sistema excretor de uma glândula salivar por calcificações resultantes da estase salivar; e

**1.5.** Incompatibilidade: 82000808, 82001618, 83000089, 82000875, 82001731, 82001740, 72730013 e 82000794.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove; e

**1.2.** Anexar justificativa e região no sistema.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001618 – Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região bucomaxilofacial**

**1.1.** Tempo de recorrência: 180 dias;

**1.2.** Idade: 6 a 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em remover, cirurgicamente, lesão tumoral dos tecidos moles que se desenvolvem nas glândulas salivares da mucosa bucal;

**1.4. Indicação:** quando ocorrem lesões de glândulas salivares menores; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.5.** Incompatibilidade: 82000808, 83000089, 82000875, 82001731,82001740 72730013, 82001731,82001740, 82000778 e 82000794.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan e análise da auditoria; e

**1.2.** Anexar justificativa e região no sistema.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia em qualquer momento que o auditor julgar necessário.

### **82000794– Exérese ou excisão de mucocele**

**1.1.** Tempo de recorrência: 360 anos;

**1.2.** Idade: 6 a 110 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em remover cirurgicamente lesão dos tecidos moles (principalmente lábios), causada por retenção de saliva devido à obstrução de glândulas salivares;

**1.4. Indicação:** quando ocorre a mucocele que é a terminologia usada para designar a manifestação clínica de fenômenos que podem afetar as glândulas salivares, sendo eles o extravasamento de muco e o cisto de retenção mucoso, sendo as possíveis causas: traumatismo, rompimento ou obstrução do ducto secretor de uma glândula salivar; e

**1.5.** Incompatibilidade: 82001618 e 82000778.

### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.1. Anexar justificativa e região no sistema (poderá ser solicitado fotografia a critério do auditor).

#### **Regras de Auditoria:**

1.1. Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia em qualquer momento que o auditor julgar necessário;

1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

#### **82000808 – Exérese ou excisão de rânula**

1.1. Tempo de recorrência: 360 dias;

1.2. Idade: 12 a 110 anos;

1.3. **Descrição:** consiste em remover cirurgicamente um tipo de cisto de retenção que ocorre especificamente no assoalho da boca, associado aos ductos da glândula submandibular ou sublingual;

1.4. **Indicação:** quando ocorrem as rânulas, que resultam ou da retenção de muco no sistema de ductos da glândula sublingual ou de extravasamento mucoso como resultado de rompimento ductal; e

1.5. Incompatibilidade: 83000089, 82001731, 72730013, 82001731, 82001740, 82000778 e 82000794.

#### **Regras de Regulação:**

Anexar justificativa e região no sistema.

#### **Regras de Auditoria:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia em qualquer momento que o auditor julgar necessário;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

#### **77533000 – Plástica do canal de stenon**

- 1.1. Tempo de recorrência: 360 anos;
- 1.2. Idade: 12 a 110 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste no procedimento cirúrgico para localização do ducto, remoção da lesão e cateterização para drenagem da saliva, evitando, assim, o fechamento da carúncula e estenose ductal durante o processo de cicatrização; e
- 1.4. **Indicação:** quando ocorrem injúrias ao ducto de Stenon, causas mais comuns de injúrias ductais incluem ferimentos por objetos cortantes e pontiagudos, contusos, bem como secundariamente a procedimentos cirúrgicos.

#### **Regras de Regulação:**

Anexar justificativa e região no sistema.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia em qualquer momento que o auditor julgar necessário;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **77536000 – Reconstrução parc. de lábio traumatizado**

**1.1.** Tempo de recorrência: 360 anos;

**1.2.** Idade: 1 a 110 anos;

**1.3. Descrição:** consiste no procedimento cirúrgico usado para correção do lábio traumatizado, a técnica a ser utilizada é aquela na qual o profissional tem mais domínio, conhecimento e experiência de resultados;

**1.4. Indicação:** quando ocorrem injúrias aos lábios por diversas causas: acidentes, agressões e ferimentos por arma de fogo; e

**1.5. Incompatibilidade:** 82000298, 82000883, 82000891, 82000905, 82000913, 77507000, 82001499 e 77553000.

#### **Regras de Regulação:**

Anexar justificativa e região no sistema.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia em qualquer momento que o auditor julgar necessário;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA.

### **82001499– Sutura de ferida em região bucomaxilofacial**

**1.1.** Tempo de recorrência: 360 dias;

**1.2.** Idade: 1 a 110 anos;

**1.3. Descrição:** consiste no procedimento cirúrgico usado para o fechamento primário das lesões traumáticas da face (ferimentos);

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.4. Indicação:** quando ocorrem injúrias envolvendo a pele da face, tecido celular subcutâneo e músculos sem atingir estruturas profundas ou nobres; e

**1.5. Incompatibilidade:** 82001022 e 77536000.

**Regras de Regulação:**

Anexar justificativa e região no sistema.

**Regras de Auditoria:**

**1.1.** Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia em qualquer

momento que o auditor julgar necessário;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

**77553000 – Reconstrução do sulco gengivo-labial**

**1.1.** Tempo de recorrência: 360 dias;

**1.2.** Idade: 6 a 110 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico utilizado para aumento de fundo de vestibulo, baseado na divulsão de estruturas anatômicas que estejam prejudicando a adaptação e estabilidade da prótese e, promovendo, também, um aumento da área chapeável;

**1.4. Indicação:** em pacientes com sulco gengivo-labial insuficiente e que necessitam da manutenção anatômica desse sulco: comum em pacientes com fissuras bilaterais e casos de sequelas de traumas; e

**1.5. Incompatibilidade:** 82000298, 82000883, 82000891, 82000905, 82000913, 82000875, 82000034, 82001715, 77506000, 77507000, 82001286, 82000786, 82001391, 82001529, 82001618, 82001022, 82001030, 77536000, 82001731 e 82001740.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**Regras de Regulação:**

Anexar justificativa e região no sistema.

**Regras de Auditoria:**

- 1.1. Não é necessário radiografia inicial e final, mas poderá ser solicitada fotografia em qualquer momento que o auditor julgar necessário;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

**82001189 – Redução incruenta de fratura alvéolo dentária**

- 1.1. Tempo de recorrência: 360 anos;
- 1.2. Idade: 6 a 110 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em um procedimento utilizado para reduzir o alvéolo fraturado por meio de manobra bi digital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados. Esse tipo de redução é indicado quando a fratura é estável o suficiente para ser tratada sem intervenção cirúrgica direta, sendo utilizada principalmente em casos onde o osso alveolar está apenas deslocado, mas ainda íntegro. O objetivo é estabilizar a área fraturada, permitindo a cicatrização natural do osso e a manutenção dos dentes afetados;
- 1.4. **Indicação:** em pacientes com fratura do processo alveolar de etiologia variada: quedas, agressão física, acidentes de trânsito, acidentes esportivos e de trabalho; e
- 1.5. Incompatibilidade: 82000034, 77507000, 82001022, 82001030, 77553000, 77578000, 77580000, 82001430 e 82001502.

**Regras de Regulação:**

- 1.1. Anexar justificativa, região e radiografia inicial (panorâmica ou periapical ou outra, que visualize toda região) na ficha eletrônica.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001189 – Redução cruenta de fratura alvéolo dentária**

- 1.1. Tempo de recorrência: 360 anos;
- 1.2. Idade: 6 a 110 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em um procedimento nos casos de trauma dento alveolar que resultam na separação de fragmentos ósseos que circundam os dentes. O objetivo é restaurar a anatomia do osso, fornecer suporte adequado aos dentes e facilitar a cicatrização do osso alveolar;
- 1.4. **Indicação:** a redução cruenta é indicada em situações de trauma severo que envolvem deslocamento significativo de fragmentos ósseos, sendo crucial para restaurar a função e a anatomia da área afetada e garantir a correta cicatrização; e
- 1.5. Incompatibilidade: 82000034, 77507000, 82001022, 82001030, 77553000, 77578000, 77580000, 82001430 e 82001502.

### **Regras de Regulação:**

- 1.1. Anexar justificativa, região e radiografia inicial (panorâmica ou periapical ou outra, que visualize toda região) na ficha eletrônica.

### **Regras de Auditoria:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Webplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001251– Reimplante dentário com contenção**

**1.1.** Tempo de ocorrência: uma vez na vida;

**1.2.** Idade: mínima 0 a 15 anos incompletos;

**1.3. Descrição:** consiste na contenção com materiais utilizados por indicação do profissional, conforme normas técnico-científicas, com necessidade de reimplante dentário;

**1.4. Indicação:** imobilização de um elemento dental que apresenta alto grau de mobilidade, provocado por trauma, feita com resina composta; e

**1.5. Incompatibilidade:** 83000046, 83000089, 83000097, 83000100, 85400220, 85400262, 85400211, 82000875, 85300020 e 85000787.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Aceita-se no máximo um código por dente avulsionado e reimplantado no mesmo segmento, uma vez na vida dentro da parametrização;

**1.2.** Liberado para qualquer dente permanente avulsionado ou com alto grau de mobilidade. Nos casos do envolvimento de mais de um elemento dental no mesmo segmento, anexar relatório na ficha eletrônica, expondo as condições do traumatismo, descrição dos elementos avulsionados, o termo de consentimento livre e esclarecido do usuário consciente das condições do prognóstico do elemento envolvido e a data da remoção da imobilização; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3.** Indicar radiografia periapical (uma para o diagnóstico e outra da imobilização) ou panorâmica dos maxilares para auditoria prospectiva e retrospectiva.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação do exame radiográfico inicial e final (periapical) sem distorções, com identificação legível do usuário e do credenciado e data de realização e anexada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

#### **77578000 – Retirada de fios intra ou trans ósseo**

**1.1.** Tempo de recorrência: 360 dias;

**1.2.** Idade: 6 a 110 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em um procedimento utilizado para remoção de fio metálico usado para fixação e estabilização das fraturas do complexo maxilomandibular;

**1.4. Indicação:** em casos de fraturas dos ossos da face, que foram submetidas a tratamento cruento e estabilização com fios metálicos, que evoluem com complicações como infecção ou soltura do material; e

**1.5. Incompatibilidade:** 85000787, 85300020, 77536000, 77542000, 77553000, 82001189, 82001251, 77580000 e 82001430.

#### **Regras de Regulação:**

Anexar justificativa, região e radiografia inicial (panorâmica ou periapical ou outra, que visualize toda região) na ficha eletrônica.

#### **Regras de Auditoria:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **77580000 – Retirada de ancoragem e cerclagens**

**1.1.** Tempo de recorrência: 360 anos;

**1.2.** Idade: 6 a 110 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em um procedimento utilizado para remoção de pino ou fio metálico usado para fixação e estabilização das fraturas do complexo maxilomandibular;

**1.4. Indicação:** em casos de fraturas dos ossos da face, que foram submetidas a tratamento incruento ou cruento e estabilização com fio ou pino metálico, em que o material de osteossíntese cumpriu o prazo de consolidação óssea; e

**1.5.** Incompatibilidade: 85000787, 85300020, 77536000, 77542000, 77553000, 82001189, 82001251, 77578000 e 82001430.

### **Regras de Regulação:**

Anexar justificativa, região e radiografia inicial (panorâmica ou periapical ou outra, que visualize toda região) na ficha eletrônica.

### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001634–Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução**

1.1. Tempo de recorrência: 360 dias;

1.2. Idade: 6 a 110 anos;

1.3. **Descrição:** procedimento para remoção/exérese (com ou sem curetagem) dos cistos e tumores da região bucomaxilofacial;

1.4. **Indicação:** indicado nos casos de cistos e tumores do complexo maxilo-mandibular. Um cisto, geralmente, é definido como uma cavidade patológica forrada de epitélio com conteúdo fluido, semifluido ou gasoso. Os cistos odontogênicos podem ser classificados em cistos de desenvolvimento ou inflamatórios, de acordo com sua origem. As neoplasias benignas, também chamadas de tumores benignos, são massas anormais de tecido sem função que crescem mesmo quando o estímulo que as originou cessou; e

1.5. Incompatibilidade: 82001073, 82001286, 83000089, 82000875, 82001731, 82001740, 72730013, 82001740 e 82001731.

#### **Regras de Regulação:**

Anexar justificativa, região e radiografia inicial (panorâmica ou periapical ou outra, que visualize toda região) na ficha eletrônica.

#### **Regras de Auditoria:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001430 – Retirada dos meios de fixação da região buco-maxilo-facial**

**1.1.** Tempo de recorrência: 360 dias;

**1.2.** Idade: 6 a 110 anos;

**1.3. Descrição:** procedimento pelo qual se remove o bloqueio maxilo-mandibular que, usualmente, consiste na barra de Erich e fios metálicos;

**1.4. Indicação:** este procedimento está indicado nos casos em que o paciente permanece com o bloqueio intermaxilar, mesmo após a correção da fratura por método cruento. Este bloqueio permanece por um tempo variável (em geral 1-6 semanas) de acordo com o caso, e tem por objetivo manter os fragmentos imobilizados; e

**1.5.** Incompatibilidade: 75306000 85000787, 85300020 77536000, 77542000, 77553000, 82001189, 82001251, 77578000 e 77580000.

#### **Regras de Regulação:**

Anexar justificativa, região e radiografia inicial (panorâmica ou periapical ou outra, que visualize toda região) na ficha eletrônica.

#### **Regras de Auditoria:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001502 – Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: 7 a 45 anos;

**1.3. Descrição:** procedimento pelo qual se realiza a colagem direta de telas, botões e brackets ortodônticos para tração de dentes inclusos. Técnica utilizada por exigir menor extensão cirúrgica e remoção de tecido para acesso à coroa dental;

**1.4. Indicação:** este procedimento está indicado para o tracionamento de dentes inclusos que possuem relevância nos aspectos funcionais e estéticos da arcada, observando as desvantagens e contraindicações e, dependendo do posicionamento do dente, a técnica se torna inviável, além da dificuldade para execução de perfeito condicionamento ácido do esmalte; e

**1.5.** Incompatibilidade: 82001073, 82001286, 82000875, 83000089, 82001731, 82001740 e 72730013.

#### **Regras de Regulação:**

Anexar justificativa, região e radiografia inicial (panorâmica ou periapical ou outra, que visualize toda região) na ficha eletrônica.

#### **Regras de Auditoria:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada;

**1.2.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Cirurgia Oral (anexo IV);

**1.3.** Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.4.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.5.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **3.12. PRONTO-SOCORRO 24 HORAS**

#### **Regras gerais:**

**1.1.** De forma específica, os prestadores credenciados como Pronto-Socorro em Odontologia devem, no momento do cadastro da guia, fazer a opção de **guia como urgência**, para que ocorra a liberação automática dos procedimentos considerados urgentes;

**1.2.** Os procedimentos abaixo relacionados, necessitarão de comprovação final por meio do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Urgência Odontológica (anexo V) com a assinatura e ciência do beneficiário ou responsável legal, a fim de evitar solicitações duplicadas de procedimento já solicitado/realizado ou a não realização destes:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	FORMULÁRIO
83000089	Exodontia simples de decíduo	Sim
85200174	Curativo endodôntico em situação de urgência	Sim

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

82000875	Exodontia simples de permanente	Sim
77531200	Drenagem de abscesso extra bucal	Sim
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	Sim
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	Sim
82001650	Tratamento de alveolite	Sim

**1.3.** Em campo específico para cada procedimento, deve constar a assinatura e data em que foi feito o atendimento como forma de comprovação final do tratamento realizado;

**1.4.** O Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Urgência Odontológica (anexo V) deve ser apresentado em fatura;

**1.5.** Os demais procedimentos da tabela, discriminados a seguir, conforme parametrização já vigente, deverão ser comprovados por meio de radiografia inicial e final, após a realização do procedimento para análise da auditoria retrospectiva.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	RADIOGRAFIA FINAL
81000421	Radiografia periapical	Sim
85100013	Capeamento pulpar direto	Sim
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	Sim
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	Sim
82001251	Reimplante dentário com contenção	Sim
85100048	Colagem de fragmentos dentários	Sim
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	Sim

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.6.** Os procedimentos acima relacionados que não possuírem a radiografia devidamente anexada, poderão ser glosados;

**1.7.** É proibida a cobrança de valores além da guia para atendimento de pronto-socorro, podendo haver bloqueio do prestador;

**1.8.** Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema, esclarecendo o fato (o mesmo deve obrigatoriamente conter os dados do paciente, o dente, data e as assinaturas do paciente e do profissional em papel timbrado e carimbado); e

**1.9.** As radiografias devem ser apresentadas sem distorções, devidamente encartonadas, bem reveladas e fixadas, datadas, com identificação legível do beneficiário e do prestador e enviada na posição correta do dente na arcada.

## PROCEDIMENTOS

### 83000089 – Exodontia simples de decíduo

**1.1.** Tempo de recorrência: 01(uma) vez na vida;

**1.2.** Idade: mínima 01 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em realizar extração dentária de dentes decíduos ou sua raiz residual;

**1.4. Indicação:** remoção dentária ou de resto radicular de elemento decíduo proveniente de rizólise associadas ou não à cárie extensa, necrose pulpar irreversível, traumatismos, indicação ortodôntica e em outros casos não possíveis de serem reabilitados; e

**1.5.** Incompatibilidade: todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000298,82000891, 82000883, 82000891, 82001740, 82001731, 82000875, 82001731, 82001740, 83000089 e 82001073.

### Regras de Regulação:

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Aceita-se no máximo um código por dente decíduo uma vez na vida dentro da parametrização;
- 1.2. Nos casos de exodontias de dentes hígidos e com pequena rizólise, anexar à guia a justificativa do profissional solicitante;
- 1.3. Nos casos de exodontias com finalidade ortodôntica, há necessidade de anexar na Ficha Odontológica solicitação do especialista em ortodontia para a realização do procedimento especificando a necessidade na remoção dos elementos dentários;
- 1.4. Inclui neste código o dente decíduo ou o seu resto radicular; e
- 1.5. Indicar radiografia periapical infantil para auditoria prospectiva

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Urgência Odontológica (anexo V);
- 1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia, **radiografia inicial** e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema Webplan; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85100013–Capeamento pulpar direto**

- 1.1. Tempo de recorrência: 1 vez na vida por dente;
- 1.2. Idade: mínima 01 ano e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** consiste em utilizar manobras para recuperar um dente permanente que tenha sido afetado por cárie ou fratura profunda no caso de exposição pulpar, por meio da utilização de produtos específicos para proteger a polpa dentária e na tentativa de ser evitado tratamento endodôntico;

1.4. Indicação: recuperar um dente permanente que tenha sido afetado por cárie ou fratura profunda no caso de exposição pulpar, por meio da utilização de produtos específicos para proteger a polpa dentária e na tentativa de ser evitado tratamento endodôntico; e

1.5. Incompatibilidade: não combina com os códigos 83000127, 85200115, 85200093 e 85200107.

#### **Regras de Regulação:**

1.1. Liberado por meio da auditoria prospectiva juntamente com uma radiografia do dente em questão, sem distorções, bem revelado e fixado, datado, com identificação legível do usuário, do credenciado;

1.2. Necessário **radiografia inicial e final** para auditoria prospectiva;

1.3. Idade mínima para os 2º e 3ºs molares permanentes é de 10 anos; e

1.4. Autorizado a partir do preenchimento correto na guia do Sistema Facplan.

#### **Regras de Auditoria:**

1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia, **radiografia inicial/final** e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **85200174– Curativo endodôntico em situação de urgência**

1.1. Tempo de recorrência: não se aplica;

1.2. Idade: mínima de 02 anos e máxima de 111 anos;

1.3. **Descrição:** realização de procedimento por meio da abertura do dente com remoção de polpa coronária e/ou drenagem de coleção purulenta além de curativo, selamento e/ou medicação, com finalidade de aliviar a sintomatologia dolorosa do paciente; e

1.4. Incompatibilidade: não combina com o código 82000875.

#### **Regras de Regulação:**

Liberado por meio de auditoria prospectiva juntamente com uma radiografia inicial do dente em questão, sem distorções, bem revelado e fixado, datado, com identificação legível do usuário, do credenciado;

#### **Regras de Auditoria:**

1.1. A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Urgência Odontológica (anexo V);

1.2. Pagamento condicionado à apresentação da guia, **radiografia inicial/final** e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

1.3. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.4. Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82000875 - Exodontia simples de permanente**

1.1. Tempo de recorrência: 1 vez vida;

1.2. Idade: mínima de 4 anos e máxima de 111 anos;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3. Descrição:** consiste em realizar a extração dentária com alveoloplastia, caso necessário, de dentes permanentes;

**1.4. Indicação:** remoção dentária proveniente de cáries extensas que não permitam sua reabilitação restauradora e protética; necrose pulpar irreversível não tratada endodonticamente por canal muito tortuoso, calcificado, e em outros casos não possíveis de serem tratados; doença periodontal grave, traumatismos e por indicação ortodôntica; e

**1.5. Incompatibilidade:** todos os códigos para o mesmo elemento dental (restauradores e outros) 82001286, 82000298, 82000883, 82001740, 82001731, 82000875, 83000089, 82001073 e 83000089.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Aceita-se no máximo um código por dente permanente uma vez na vida dentro da parametrização;

**1.2.** Nos casos de exodontias de dentes hígidos, anexar na na guia do Sistema Facplan encaminhamento do cirurgião-dentista e/ou justificativa do solicitante;

**1.3.** Nos casos de exodontias com finalidade ortodôntica, há necessidade de anexar na guia do Sistema Facplan solicitação do especialista em ortodontia para a realização do procedimento especificando obrigatoriamente na remoção dos elementos dentários; e

**1.4.** Indicar radiografia periapical para auditoria ou panorâmica quando for o caso.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Urgência Odontológica (anexo V);

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia, **radiografia inicial** e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001022 – Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: mínima de 02 anos e máxima de 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em um procedimento cirúrgico utilizado para tratamento de infecção nos espaços fasciais, que são áreas revestidas pelas fâscias que podem ser perfuradas ou distendidas pelo exsudato purulento, por meio de uma incisão na pele e posterior drenagem. A escolha é determinada pela severidade de sinais e sintomas e pela necessidade de se estabelecer uma via adequada de drenagem;

**1.4. Indicação:** diante dos quadros inflamatórios sépticos de origem dentoalveolar. Observar dentes com cárie avançada e/ou doença periodontal grave; e

**1.5.** Incompatibilidade: não se aplica.

#### **Regras de Regulação:**

Necessário envio de foto para comprovação da necessidade do procedimento e radiografia inicial.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Urgência Odontológica (anexo V);

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.2.** Pagamento condicionado à apresentação da guia, **fotografia do local** e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.3.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.4.** Dispensa apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **82001251 – Reimplante dentário com contenção**

**1.1.** Tempo de ocorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: 0 a 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste na imobilização dentária com materiais que se fizerem necessário ou se tiver necessidade de reimplante de dente avulsionado;

**1.4. Indicação:** imobilização de um elemento dental que apresenta alto grau de mobilidade, provocado por trauma, feita com resina composta; e

**1.5. Incompatibilidade:** não combina com os códigos 83000046, 83000097, 83000100, 76408000, 85400220, 85400211; 82000875, 82001286, 82000298, 82000883, 82000891, 82000905, 82000913, 82001286, 82001740, 82000875, 82001731, 82001740, 83000089 e 82001073.

### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Aceita-se no máximo um código por dente avulsionado e reimplantado no mesmo segmento, uma vez na vida dentro da parametrização;

**1.2.** Liberado para qualquer dente permanente avulsionado ou com alto grau de mobilidade. Nos casos do envolvimento de mais de um elemento dental no mesmo segmento, anexar relatório na ficha eletrônica, expondo as condições do traumatismo, descrição dos elementos

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

avulsionados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do usuário consciente das condições do prognóstico do elemento envolvido e a data da remoção da imobilização; e

**1.3.** Indicar radiografia periapical (uma para o diagnóstico e outra da imobilização) ou panorâmica dos maxilares para auditoria prospectiva e retrospectiva.

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia, **radiografia inicial/final** e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessário a apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **82000468 Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial**

#### **82000484 – Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: 1 a 111 anos;

**1.3. Descrição:** consiste em um procedimento utilizado para interromper um sangramento em um alvéolo pós-exodontia, com pressão direta sobre o local e/ou aplicação de agente hemostático;

**1.4. Indicação:** em pacientes que apresentem hemorragia alveolar no período pós-operatório; e

**1.5.** Incompatibilidade: não se aplica.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

Autorização condicionada após a realização de exodontia.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Não necessário radiografia inicial e final para auditoria;
- 1.2. A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Urgência Odontológica (anexo V)
- 1.3. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e
- 1.4. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

### **82001650– Tratamento de alveolite**

- 1.1. Tempo de recorrência: não se aplica;
- 1.2. Idade: 4 a 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste em um procedimento utilizado para aliviar a dor do paciente durante o período de cicatrização, realizando uma suave irrigação do alvéolo com soro fisiológico e inserção de uma gaze com medicamento (com atividades antissépticas e analgésicas), removendo-a posteriormente;
- 1.4. **Indicação:** em pacientes que apresentarem um quadro de osteíte alveolar, provocando atraso na cicatrização. Normalmente desenvolve-se no terceiro ou quarto dia após a remoção do dente; e
- 1.5. Incompatibilidade: não se aplica.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Regras de Regulação:**

Autorização condicionada após a realização de exodontia.

### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Não necessário radiografia inicial e final para auditoria;
- 1.2. A análise do procedimento executado será avaliada em auditoria retrospectiva por meio da apresentação do Formulário para Comprovação de Realização de Procedimentos em Urgência Odontológica (anexo V);
- 1.3. Pagamento condicionado à apresentação da guia e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas; e
- 1.4. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA;

### **85000787 – Imobilização dentária em dentes decíduos**

### **85300020 - Imobilização dentária em dentes permanentes**

- 1.1. Tempo de recorrência: um a cada 180 dias;
- 1.2. Idade: mínima 0 e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** contenções feitas com resina fotopolimerizável. Avaliar o porquê da contenção e se a mesma tem indicação;
- 1.4. **Indicação:** dentes com mobilidade, mas sem a doença periodontal; dentes que sofreram traumas; dentes com mobilidade e que o paciente quer mantê-los, mas sem a presença de doenças que poderão levar a iatrogenias; e
- 1.5. Incompatibilidade: não se aplica.

### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

- 1.1. Autorizado mediante a comprovação de necessidade de contenção dentária por meio de exame clínico considerando o Tempo de Recorrência e **radiografia inicial**;
- 1.2. Acima do tempo parametrizado por 180 dias, autorizada mediante auditoria autorizativa; e
- 1.3. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove.

#### **Regras de Auditoria:**

- 1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia, **radiografia inicial/final** e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;
- 1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e
- 1.3. Necessário a apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85100048 – Colagem de fragmentos dentários**

- 1.1. Tempo de recorrência: não se aplica;
- 1.2. Idade: mínima 06 anos e máxima de 111 anos;
- 1.3. **Descrição:** consiste na recolocação de partes de dentes que sofreram fratura por meio de utilização de material dentário adesivo ou restauração anterior em casos de urgência;
- 1.4. **Indicação:** dentes que sofreram traumas; dentes que o paciente quer mantê-los, mas sem a presença de doenças que poderão levar a iatrogenias; e
- 1.5. Incompatibilidade: não se aplica.

#### **Regras de Regulação:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

1.1. Autorizado mediante a comprovação de necessidade de colagem considerando a radiografia inicial; e

1.2. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove.

#### **Regras de Auditoria:**

1.1. Pagamento condicionado à apresentação da guia, radiografia inicial/final e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

1.2. Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

1.3. Necessário a apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

#### **85400467– Recimentação de trabalhos protéticos**

1.1. Tempo de recorrência: não se aplica;

1.2. Idade: mínima 04 anos e máxima de 111 anos;

1.3. **Descrição:** consiste na recolocação de trabalho protético; e

1.4. Incompatibilidade: com o código 82000875.

#### **Regras de Regulação:**

1.1. Autorizado mediante a comprovação de necessidade de recimentação considerando a radiografia inicial; e

1.2. Autorizado eletronicamente a partir do preenchimento correto da Guia no Sistema Facplan, com radiografia inicial que comprove.

#### **Regras de Auditoria:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.1.** Pagamento condicionado à apresentação da guia, radiografia **inicial/final** e documentação obrigatória para o envio de fatura de cobrança pelo prestador no Sistema *Webplan*; a guia impressa deve ser armazenada com o prestador, datada, com identificação legível do beneficiário e as devidas assinaturas;

**1.2.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.3.** Necessário a apresentação de radiografia final em auditoria retrospectiva.

### **3.13. PATOLOGIA**

#### **75325012 – Laserterapia para tratamento de mucosite oral pós rádio ou quimioterapia para câncer**

##### **Regras de regulação:**

**1.1.** Para tratamento de mucosite oral já estabelecida pós rádio ou quimioterapia para câncer;

**1.2.** Para prevenção em pacientes submetidos a algum dos seguintes protocolos de tratamento antineoplásicos considerados de elevado potencial de estomatotoxicidade:

**1.2.1. Medicamentos de quimioterapia:** 5-FU + cisplatina + melfalano; Etoposido + Ara-C + Melfalano Antraciclina + Docetaxel + 5-FU; Docetaxel + 5-FU; Paclitaxel + 5-FU + RT; Paclitaxel + Platina + RT; Docetaxel + Platina + 5-FU; Paclitaxel + Platina + 5-FU;

**1.2.2. Medicamentos de radioterapia:** para tratamento de neoplasia maligna da orofaringe, hipofaringe e laringe nas seguintes modalidades: RT exclusiva, RT hiperfracionada, RT associada à QT (platina e 5- FU);

**1.2.3.** Este procedimento será autorizado mediante exames complementares/laudos anexos, relatórios que comprovem a enfermidade. A cada 10 (dez) sessões solicitadas deverá ser enviado um novo relatório sobre evolução clínica, conforme Portaria Normativa nº 003/2022/IPASGO/DAS;

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

**1.3.** O procedimento de Laserterapia para tratamento de Mucosite Oral Pós Rádio ou Quimioterapia para Câncer não é indicado para clareamento dentário, tratamento da hipersensibilidade dentinária, de aftas comuns, de cáries, de língua geográfica ou como auxiliar para dessensibilização da mucosa bucal antes da aplicação de anestesia local, frenectomia, dentre outros.

### **72532009 Exerese e sutura de lesao ou tumor da regio bmf**

**1.1.** Tempo de recorrência: não se aplica;

**1.2.** Idade: mínima 00 ano e máxima de 111 anos;

**1.3. Indicação:** tratamento cirúrgico das lesões ou tumores do complexo bucomaxilofacial;

**1.4. Descrição:** manobra cirúrgica utilizada para retirar uma parte ou a totalidade de um tecido, incluindo a sutura, visando a finalidade terapêutica. Engloba vários procedimentos cirúrgicos, por exemplo: diérese, remoção de lesões patológicas, curetagens, hemostasia, síntese, sutura, etc; e

**1.5. Incompatibilidade:** 83000089, 82000875, 82000034, 82001715, 77506000, 77507000, 82000395, 82000387, 82000360, 82001286, 82000786, 82001529, 82000808, 82001618, 82000778, 82000794, 82001022, 77553000 e 82001634.

#### **Regras de Regulação:**

**1.1.** Necessário envio de foto para comprovação da necessidade do procedimento e radiografia inicial; e

**1.2.** Poderá ser solicitado fotografia para comprovação da necessidade do procedimento e radiografia inicial, a critério do auditor;

#### **Regras de Auditoria:**

**1.1.** Pagamento condicionado ao tempo de parametrização e às normas do Ipasgo SSA; e

**1.2.** Em caso de ocorrer ou existir qualquer intercorrência que possa pôr em risco o sucesso do tratamento, digitalizar um laudo no sistema, esclarecendo o fato (o mesmo deve

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

obrigatoriamente conter os dados do paciente, o dente, data e as assinaturas do paciente e do profissional em papel timbrado e carimbado).

### 3.14. ESTOMATOLOGIA

#### Regras gerais:

**1.1.** Área que identifica e trata de patologias que podem afetar as mucosas da boca, gengivas, língua, palato, lábios, glândulas salivares e outras partes relacionadas ao sistema oral e maxilofacial. Esta área também lida com manifestações bucais de doenças sistêmicas, como o diabetes ou doenças autoimunes, que podem afetar a saúde da boca;

**1.2.** As codificações disponíveis para esta especialidade seguem as mesmas normas e regramentos já citados neste Manual. Isso significa que, os procedimentos abaixo listados são codificados e registrados da mesma forma que nas outras especialidades, respeitando as diretrizes preestabelecidas.

CÓDIGOS DISPONÍVEIS PARA ESTOMATOLOGIA	
CÓDIGO	DESCRIÇÃO
72532009	EXERESE E SUTURA DE LESAO OU TUMOR DA REGIAO BMF
82000298	BRIDECTOMIA
82000387	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – UNILATERAL
82000360	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – BILATERAL
82000395	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO
82000557	CUNHA PROXIMAL
82000778	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR
82000786	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS
82000794	EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

82000808	EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO
82000883	FRENECTOMIA LABIAL
82000891	FRENECTOMIA LINGUAL
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL
82000921	GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO
82001022	INCISAO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E OU FLEGMÃO
82001073	ODONTO-SECÇÃO
82001618	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL
82001634	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS – SEM RECONSTRUÇÃO
82001715	ULOTOMIA
82001758	MARSUPIALIZACAO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO
84000090	APLICACAO TOPICA DE FLUOR
85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES
77507000	SULCOPLASTIA POR ARCADA
77506000	BIÓPSIA DE PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO
75325012	LASERTERAPIA PARA TRATAMENTO DE MUCOSITE ORAL PÓS RADIO OU QUIMIOTERAPIA

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES
75311000	GENGIVECTOMIA (POR SEGMENTO)

### 3.15. DA EXIGÊNCIA DE FOTOGRAFIAS

A exigência de envio de imagens fotográficas, além das imagens radiográficas, em auditorias prospectivas, visa aumentar a precisão e a transparência nos processos de verificação; em razão disso, poderá ser solicitado imagens fotográficas para os seguintes procedimentos:

IMAGENS FOTOGRÁFICAS		
PROCEDIMENTO		QUANTITATIVO
85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	Para solicitações acima de quatro (mesmo que em guias separadas) são necessárias imagens fotográficas.
85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	Qualquer quantidade
85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	Qualquer quantidade
85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	Qualquer quantidade
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	Qualquer quantidade
85400157	COROA TOTAL METALO CERÂMICA	Qualquer quantidade
85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	Qualquer quantidade
85400530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY	Qualquer quantidade
85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY	Qualquer quantidade

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

76415000	COROA DE VENEER	Qualquer quantidade
82000298	BRIDECTOMIA	Qualquer quantidade
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	Qualquer quantidade
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	Qualquer quantidade
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL	Qualquer quantidade
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL	Qualquer quantidade
82001715	ULOTOMIA	Qualquer quantidade
82001707	ULECTOMIA	Qualquer quantidade
83000097	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	Qualquer quantidade
83000100	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	Qualquer quantidade
77553000	RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL	Qualquer quantidade
82000808	EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA	Qualquer quantidade
77536000	RECONSTRUCAO PARCIAL DE LABIO TRAUMATIZADO	Qualquer quantidade
82000794	EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE	Qualquer quantidade
82000646	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL	Qualquer quantidade
82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	Qualquer quantidade
85100030	CLAREAMENTO DENTÁRIO DE CONSULTÓRIO	Qualquer quantidade

Observação: Apesar da listagem acima, a auditoria tem a prerrogativa de solicitar imagens fotográficas, a qualquer momento, com o objetivo de elucidar diagnósticos e comprovar tratamentos realizados. Isso faz parte das melhores práticas de auditoria, visando garantir que os procedimentos odontológicos e estomatológicos sigam os protocolos corretos e sejam justificáveis, tanto do ponto de vista clínico quanto financeiro.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

### **Auditoria Retrospectiva:**

Para auditoria retrospectiva os prestadores de serviços deverão anexar as radiografias finais para os procedimentos abaixo discriminados:

**1.1.** Odontologia/Clínica geral – Códigos: 85100102, 85100110, 85100200, 85100218, 85100226, 85100064 (facetar), 85200077, 85400556, 85400220, 85400211, 85400262, 85400157, 76415000, 85400149, 85400114, 85400530 e 85400548.

**1.2.** Odontopediatria – Códigos: 83000046, 83000127, 83000151, 85100102, 85100110, 85100200, 85100218, 85100226, 85100064 (facetar), 85100013, 85400211, 85400114, 85400530, 85400548, 83000062, 85400262, 85400220 e 82001251.

**1.3.** Endodontia – Códigos: 85200042, 85200115, 85200093, 85200107, 85200123, 85200077, 85100013, 85200026, 85200166, 85200140 e 85200158.

**1.4.** Cirurgia Bucomaxilofacial – Códigos: 82001073, 82000182, 82000174, 82000085, 82000077, 82000166, 82000158 e 77566000.

**1.5.** Pronto-Socorro 24 horas – Códigos: 85100048, 85100013, 85000787, 85300020, 82001251 e 85400467.

### **3.16. ENTREGA DE FATURAS**

Orientações Gerais para Faturamento no Sistema Facplan.

#### **1. Acessando o Portal do Prestador:**

##### **1.1. Opção de acesso:**

<https://ipasgo.go.gov.br/>

Em seguida, role a tela até onde encontrar a área do prestador, selecione a opção “Portal do Prestador”, insira suas credenciais de acesso e será redirecionado para nova página de faturamento no novo Sistema Facplan.

##### **1.2. Opção de acesso:**

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

Na barra de pesquisa digite o endereço:  
<https://novowebplanipasgo.facilinformatica.com.br> , insira o mesmo login e senha.

## 2. Versão XML

A versão utilizada para acesso deverá ser a partir da versão 03.05.00

## 3. Modalidades de faturamento:

O Ipasgo SSA disponibilizará ao prestador duas modalidades de faturamento:

**3.1. Faturamento por meio XML:** o termo é a abreviação da denominação originário do inglês “Extensible Markup Language” (linguagem utilizada para auxiliar os sistemas de informação na codificação e compartilhamento de dados, especialmente, via internet, o que possibilita a troca de informações entre diferentes computadores e aplicativos, simplificando sua utilização e tornando possível definir o conteúdo de documento separadamente de seu formato);

**3.2. Faturamento FFP (faturamento automático):** Rotina própria do novo sistema onde as guias já liberadas poderão ser faturadas de acordo com um período determinado na geração de lote. As guias serão listadas em um lote no sistema contendo todas as autorizações passíveis de faturamento dentro do prazo definido.

## 4. Cronograma de Entrega de faturamento e Processamento.

O processamento de contas será realizado em cronograma único, do dia 1(um) a 5 (cinco) de cada mês, período destinado à recepção do arquivo eletrônico das contas e seus documentos complementares para a análise do processamento.

## 5. Prazo de Faturamento

Os prestadores do Ipasgo SSA têm prazo para faturamento de 90 dias das guias emitidas a partir de 01 de outubro de 2024. As guias emitidas em data anterior a 01 de outubro de 2024 poderão ser apresentadas em até 180 dias, contando da data da emissão. Envio eletrônico de documentação obrigatório.

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

Na ausência dos documentos comprobatórios anexados ao arquivo eletrônico, será realizada glosa.

## 6. Documentação Obrigatória para o envio das faturas de cobrança pelo prestador no Sistema Facplan.

Consulta / Odontologia / Exames: Guia TISS autorizada e assinada;

Odontologia: Anexar no Sistema Facplan as guias devidamente preenchidas em todos os espaços de assinatura e data referente ao beneficiário e prestador (nome, assinatura e registro conselho). É fundamental que toda documentação comprobatória e normatizada seja devidamente anexada no momento do envio do faturamento, a fim de garantir adequada análise durante a auditoria retrospectiva.

## 7. Motivos de Glosa

Para melhor entendimento e análise segue abaixo tabela com os códigos e motivos de glosa:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
455	DENTE OU FACE TROCADA OU INCORRETA
456	PROCEDIMENTO SEM ADAPTAÇÃO (FALTA/EXCESSO DE MATERIAL RESTAURADOR / OBTURADOR)
457	FALTA DE PONTO DE CONTATO
458	ESTRUTURA INSATISFATÓRIA
459	FALHA NO DIAGNOSTICO. PRESENÇA DE CARIE, CALCULO EM DENTES SEM SOLICITAÇÕES DE TRATAMENTO
460	PROCEDIMENTO REALIZADO FORA DAS NORMAS DO Ipasgo SSA
461	PROCEDIMENTO EM DENTE AUSENTE
462	PROCEDIMENTO NÃO REALIZADO
463	PROCEDIMENTO NÃO INDICADO
464	PROCEDIMENTO NÃO AUTORIZADO
465	PINO INTRA - RADICULAR CURTO
466	TROCA DE MATERIAL
467	RX APRESENTADO NÃO CORRESPONDE AO DENTE SOLICITADO
468	FALTA DE RX INICIAL QUANDO NECESSÁRIO
469	FALTA DE RX FINAL QUANDO NECESSÁRIO
470	RX SEM CONDIÇÃO DE DIAGNOSTICO
471	RX SEM IDENTIFICAÇÃO DO USUARIO E/OU DATA

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

472	FALTA CARIMBO DO CREDENCIADO E/OU ASSINATURA
473	FALTA DE PLANILHA DE FATURAMENTO DE CONSULTAS
474	AUSÊNCIA DE RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA
475	AUSÊNCIA DE LAUDO/RELATÓRIO PARA JUSTIFICATIVA PROCEDIMENTO REALIZADO
476	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO SEM SOLICITAÇÕES E/OU AUTORIZAÇÃO
477	CATEGORIA DE PRESTADOR NÃO PERMITE PROCEDIMENTO
618	INCOMPATIBILIDADE NA QUANTIDADE
479	FALTA DO PERIOGRAMA / PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
480	QUANTIDADE DE SEGMENTOS SOLICITADOS PARA O TRATAMENTO NAO CORRESPONDE AO APRESENTADO
481	FALTA AVALIAÇÃO ENDODÔNTICA
482	FALTA DE JUSTIFICATIVA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NÃO INCLUÍDO
483	NÃO CONFORMIDADE TÉCNICA PASSIVEL DE CORREÇÃO
484	FALTA EXAME COMPLEMENTAR ESSENCIAL NA CONFIRMAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO
485	FALTA GUIA DE PROCEDIMENTO

## 8. Recurso de glosa

O Ipasgo SSA disponibilizará na data do cronograma padrão, o demonstrativo de pagamento, com o detalhamento de guia/beneficiário/evento/valor/motivo de glosa, de modo a viabilizar a análise para recurso de glosa.

O prestador contará como prazo máximo de 30 dias corridos para apresentar seu recurso de glosa, contados a partir da data do pagamento. Deverá apresentar o recurso no sistema FacPlan por meio do faturamento eletrônico automático (FFO) ou XML.

No momento da geração do protocolo do recurso de glosa, será necessário anexar toda documentação que comprove a realização do serviço prestado.

## 9. Resumo das principais mudanças

O que mudou	Até 31/07/2024	Após de 01/08/2024
Sistema de faturamento	<i>Sif Web / Sif Layout</i>	Facplan
Data de faturamento	Do dia 26 ao dia 25 do mês subsequente.	Do dia 01 ao dia 05 de cada mês.
Envio de recurso de glosa	Autuado presencialmente nos postos de atendimento do Ipasgo	Enviado por meio do Facplan, faturamento eletrônico.

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

	SSA.	
Envio de documentação comprobatória (imagens)	Enviado CD/DVD entre os dias 28 até dia 03 do mês subsequente	Documentação digitalizada será anexada aos protocolos gerados no Facplan
Tipo de arquivo	<i>Sif Web / Sif Layout</i>	XML E FFP
Codificação	Tabela Própria	Codificação TUSS para procedimentos e Mat/Med

Observação: Informa-se que as guias autorizadas até dia 31 julho de 2024 deverão ser faturadas com a codificação conforme Tabela própria do Ipasgo SSA.

Considerando que a partir de 01 de agosto de 2024 as guias serão autorizadas via FacPlan o faturamento destas deverá seguir com a codificação TUSS.

## 10. Tabelas auxiliares XML

TABELA 1 - CARÁTER DO ATENDIMENTO	
Código	Descrição
1	Eletivo
2	Urgência/emergência

TABELA 2 - CÓDIGO BRASILEIRO DE OCUPAÇÃO	
Código	Descrição
223208	Cirurgião-dentista / clínico geral
223280	Cirurgião-dentista / Dentística
223284	Cirurgião-dentista / Disfunção temporo mandibular
223212	Cirurgião-dentista / endodontista
223220	Cirurgião-dentista / estomatologista
223288	Cirurgião-dentista / OPNE

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

223236	Cirurgião-dentista / odontopediatria
223244	Cirurgião-dentista / Patologista bucal
223248	Cirurgião-dentista / periodontista
223260	Cirurgião-dentista / radiologista
223268	Cirurgião-dentista / Traumatologia buco maxilo

Qualquer dúvida referente a faturamento, contactar a equipe de Coordenação de Faturamento, por meio do e-mail [contasmedicas@ipasgo.gov.br](mailto:contasmedicas@ipasgo.gov.br) ou por meio da central do Prestador 08003331212.

#### 4. ANEXO, APÊNDICE E GLOSSÁRIO

4.1. Anexo I – Formulário de Realização de Prevenção Odontológica -  
[https://docnix.ipasgo.gov.br/docnix/corporate/index.html#/login?  
login=teste&senha=teste&empresa=19121759&state=permiLinkVersaoAtualAnexo&id=228854  
42;](https://docnix.ipasgo.gov.br/docnix/corporate/index.html#/login?login=teste&senha=teste&empresa=19121759&state=permiLinkVersaoAtualAnexo&id=22885442)

4.2. Anexo II - [Formulário de Realização de Tratamento Periodontal/Prevenção em Periodontia:](#)

4.3. Anexo III - Formulário de Realização de Remineralização -  
[https://docnix.ipasgo.gov.br/docnix/corporate/index.html#/login  
login=teste&senha=teste&empresa=19121759&state=permiLinkAnexo&id=21209123;](https://docnix.ipasgo.gov.br/docnix/corporate/index.html#/login?login=teste&senha=teste&empresa=19121759&state=permiLinkAnexo&id=21209123)

4.4. Anexo IV - [Formulário para comprovação de realização de procedimentos em cirurgia oral;](#)

---

**Título:** Manual de Orientação do Cirurgião-Dentista Credenciado

---

**Tipo de Documento:** Manual

**Fase:** Vigente

---

**Número e Versão do Documento:** MNL-0017 - V.1

---

4.5. Anexo V - [Formulário para comprovação de realização de procedimentos em urgência odontológica.](#)

## 5. REFERÊNCIAS

O Manual teve como princípios basilares as legislações a seguir:

- Lei 5.081 de 1966 que regulamenta o exercício da Odontologia;
- Lei 17.477 de 2011;
- Resolução Conselho Federal de Odontologia nº 20/2001 de 2001 que normatiza perícias e auditorias odontológicas em sede administrativa;
- Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO nº 42 de 2003;
- Portarias, Instruções Normativas e Ordens de Serviço do Ipasgo SSA;
- Ordem de Serviço nº 17/2019;
- Lei nº 21.880 de 2023, que instituiu o Serviço Social Autônomo de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos e Militares do Estado de Goiás – Ipasgo SSA, com manutenção das normas internas, regulamentos e procedimentos operacionais;
- Lei nº 22.614 de 2024.

---

**Revisado por:** Stéfanny Lohanny Amorim Furtuoso

**Próxima Revisão:** 02/01/2026

---

**Aprovado por:** Stéfanny Lohanny Amorim Furtuoso

**Aprovado em:** 20/12/2024

---

**Autor:** Ana Gabriela Arantes Borges e Lopes

**Área Emitente:** Coordenação de Auditoria Médica e Odontológica

---