

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 001/CA/2018

Dispõe sobre o benefício odontológico oferecido pela UnisaúdeMS e institui o referencial de valores dos procedimentos previstos nesta Resolução, e dá outras providências.

O Conselho de Administração da Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado de Mato Grosso do Sul (UNISAÚDEMS), no uso das atribuições que lhe confere o estatuto e,

Considerando que se inclui, nos objetivos da entidade, a possibilidade de se disponibilizar o acesso ao benefício odontológico, como assistência à saúde bucal,

Considerando o interesse da entidade em disponibilizar esse benefício, com a participação da UnisaúdeMS nos respectivos custos,

RESOLVE:

CAPÍTULO I DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Resolução Normativa dispõe sobre o benefício odontológico oferecido pela UnisaúdeMS, mediante custeio parcial, bem como sobre os procedimentos a serem adotados para a utilização e o referencial de valores para efeito de sua remuneração.

CAPÍTULO II DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Art. 2º Os serviços relativos a tratamento odontológico serão prestados por profissionais ou clínicas contratadas pela UnisaúdeMS ou com ela conveniados.

§ 1º Observado o disposto nesta Resolução Normativa, é de livre escolha do beneficiário, dentre aqueles contratados ou conveniados, o profissional ou a clínica, para o tratamento que pretende obter, observada, se for o caso, a respectiva especialidade.

§ 2º O tratamento odontológico deve ser realizado observando-se a seguinte cronologia:

I – o planejamento de que trata o inciso I do art. 3º desta Resolução Normativa;

II – a solicitação do tratamento, seguida da avaliação técnica inicial e da autorização da UnisaúdeMS de que tratam os incisos II e III do art. 3º desta Resolução Normativa;

III – a execução;

IV – a conclusão;

V – a confirmação da conclusão por perícia.

§ 3º Depois de autorizado pela UnisaúdeMS, o tratamento deve ser concluído no prazo de sessenta dias, contados da data da avaliação técnica inicial e ou da referida autorização, observado o disposto no § 4º deste artigo.

§ 4º Exceto no caso de tratamento ortodôntico, o prazo para a conclusão do tratamento pode ser prorrogado, mediante justificativa do profissional odontológico e a critério do perito avaliador.

Art. 3º O benefício odontológico somente pode ser concedido após o atendimento dos seguintes requisitos:

I – elaboração de plano de tratamento, consistente na especificação dos procedimentos a serem realizados e do respectivo custo (orçamento), pelo profissional odontológico;

II – avaliação técnica inicial, a ser realizada após a elaboração do plano de tratamento, observado o disposto no § 2º deste artigo;

III – autorização da UnisaúdeMS, a ser concedida após a avaliação técnica inicial, quando esta for exigida.

§ 1º No plano de tratamento, deverão ser especificados o código do serviço a ser realizado, o material a ser empregado, os elementos e as faces a serem tratadas, bem como todos os detalhes necessários para o perfeito entendimento dos serviços propostos.

§ 2º Não será exigida a avaliação técnica inicial nas hipóteses de:

I – procedimento de consulta;

II - tratamento de urgência ou emergência, compreendendo os casos de abscesso, alveolite, contenção de coroa provisória, conserto simples de prótese, exodontia única de dente decíduo ou permanente, fratura dentária, hemorragia, pulpectomia, pulpotomia, recolocação de coroa, recolocação de incrustações, reimplante de dente e traumatismo de tecidos moles ou duros, observado o disposto no § 3º deste artigo;

III – tratamento cujo custo não ultrapasse o valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais), exceto os procedimentos de:

a) endodontia, prótese e cirurgia a que se referem, respectivamente, os itens IX, XI e XII da Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução;

b) periodontia classificados nos códigos 70001, 70003, 70004, 70006, 70007, 70009 e 70010, 70011, 70012 do item X Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução.

§ 3º Nos casos de tratamento de urgência ou emergência a que se refere o inciso II do § 2º deste artigo, o profissional odontológico deve indicar, expressamente, o motivo da urgência ou emergência do tratamento.

§ 4º Nos procedimentos a que se referem as alíneas “a” e “b” do inciso III do § 2º deste artigo, independentemente do custo do tratamento, é obrigatória a apresentação da documentação radiográfica, para fins da avaliação técnica inicial.

Art. 4º Para a utilização dos serviços odontológicos disponibilizados pela UnisaúdeMS, nos termos desta Resolução Normativa, o beneficiário deve, no primeiro tratamento, ser submetido ao levantamento clínico intrabucal.

CAPÍTULO III DA AVALIAÇÃO TÉCNICA

Art. 5º A avaliação técnica, para os efeitos de que trata esta Resolução Normativa, deve ser realizada por profissional odontológico, na condição de perito, designado pela UnisaúdeMS.

§ 1º Compete ao profissional odontológico designado como perito:

I – proceder à auditoria clínica e técnica;

II – propor ao profissional odontológico as alterações que julgar necessárias no plano de tratamento;

III - conferir e julgar a conclusão dos serviços solicitados;

IV – glosar trabalhos realizados sem avaliação prévia ou em desacordo com os padrões de qualidade.

§ 2º O profissional odontológico designado como perito não pode prestar serviços aos beneficiários da UnisaúdeMS.

CAPÍTULO IV DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Seção I Das Categorias

Art. 6º Os procedimentos compreendidos no tratamento odontológico disponibilizado pela UnisaúdeMS são os especificados na Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa, agrupados nas categorias a seguir:

- I – diagnóstico;
- II – radiologia;
- III – implante;
- IV – ortodontia;
- V – prevenção;
- VI – odontopediatria;
- VII – dentística;
- VIII – endodontia;
- IX – periodontia;
- X – prótese dentária;
- XI – cirurgia.

Seção II Do Diagnóstico

Art. 7º Os procedimentos compreendidos como diagnóstico são os especificados no item I – Diagnóstico – da Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa.

§ 1º Considera-se consulta o primeiro atendimento para o exame bucal, o diagnóstico e preenchimento de fichas e plano de tratamento (orçamento).

§ 2º Não será remunerada nova consulta dentro de uma mesma especialidade, em período inferior a cento e oitenta dias.

Art. 8º No caso de urgência ou emergência, consideram-se incluídos na consulta, caso ocorram, os seguintes procedimentos:

I - tratamento de gengivite (ambas as arcadas);

II - curativo em caso de odontalgia aguda (pulpite);

III - curativo em caso de hemorragia bucal;

IV - incisão e drenagem de abscesso dentário extra ou intra-oral;

V - imobilização dentária temporária;

VI - recimentação de peça protética;

VII - tratamento de alveolite;

VIII - conserto simples de prótese;

IX - exodontia de dente decíduo ou permanente (em caso de dor e comprometimento da saúde do paciente, bem como, for a única solução aplicada ao caso);

X – tratamento de fratura dentária;

XI - reimplante de dente;

XII – tratamento de traumatismo de tecidos moles e duros.

§ 1º Em relação aos procedimentos de que trata os incisos I a XII do *caput* deste artigo, havendo solicitação do perito avaliador da entidade, o beneficiário é obrigado a apresentar, juntamente com a requisição, as radiografias de diagnóstico.

§ 2º No caso de continuidade do tratamento, em decorrência de atendimento de urgência ou emergência, não será remunerada nova consulta.

§ 3º No caso de tratamento cirúrgico da alveolite e da hemorragia, o procedimento de urgência ou emergência somente será pago quando realizado por profissional diferente daquele que realizou o ato cirúrgico inicial, do qual resultou a complicação.

§ 4º O atendimento de urgência ou emergência de reimplante de dente aplica-se, exclusivamente, no caso de avulsão, em que seja necessária a implantação deste elemento no local de origem, estando incluso, no custo deste procedimento, o da imobilização.

§ 5º No caso de consulta ou atendimento de urgência ou emergência, devem ser utilizadas requisições distintas, com especificação do tipo do atendimento prestado.

§ 6º No caso de pulpectomia realizada nos casos de urgência ou emergência, para alívio imediato da dor, o profissional não pode cobrar nova consulta quando da realização do tratamento endodôntico ou para elaborar o plano de tratamento do dente envolvido, não podendo a data de realização da pulpectomia coincidir com a data do tratamento endodôntico, sob pena de não autorização ou de glosa.

§ 7º No caso de ausência não justificada antecipadamente e sem a devida anuência do profissional odontólogo, o usuário ou seu responsável responde pelo pagamento integral ao profissional, no valor previsto no código 1.0005.

Seção III Da Radiologia

Art. 9º Os procedimentos de radiologia são os especificados no item II – Radiologia – da Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa.

§ 1º As radiografias periapical e interproximal podem ser realizadas por clínico geral, devendo os demais procedimentos radiográficos ser realizados, exclusivamente, por clínicas radiológicas.

§ 2º As radiografias com erros grosseiros de angulagem ou processamento, que não permitam a boa visualização da área de interesse, devem ser repetidas, sem ônus para a entidade e ao beneficiário, sob pena de não pagamento ou glosa.

§ 3º São permitidas, no máximo, quatorze RX para radiografia periapical/bite-wing (interproximais) por beneficiário em tratamento, mediante laudo odontológico que justifique a repetição do procedimento.

§ 4º As tomografias classificadas nos códigos 2.0006, 2.0007 e 2.0008 do item II a que se refere o *caput* deste artigo somente serão autorizadas aos beneficiários que receberão implantes.

§ 5º A documentação ortodôntica compreende a radiografia panorâmica, a telerradiografia lateral, oito fotografias e dois modelos de estudo.

Seção IV Dos Implantes

Art. 10. Os procedimentos de implante são os especificados no item III – Implantes – da Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa.

§ 1º Nos procedimentos de implante, a ser realizado somente por especialista em implante, deve-se observar o seguinte:

I – no procedimento classificado no código 00010 do item a que se refere o *caput* deste artigo, o beneficiário deve apresentar radiografia realizada antes do implante (inicial) e após o implante (final);

II – os implantes ficam limitados a dois, no intervalo de doze meses, por beneficiário, com garantia de cinco anos por parte do profissional odontólogo.

§ 2º O procedimento classificado no código 00011 do item a que se refere o *caput* deste artigo fica limitado a dois, no intervalo de doze meses, por beneficiário.

Seção V Da Ortodontia

Art. 11. Os procedimentos de ortodontia são os especificados no item IV – Ortodontia – da Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa.

§ 1º No procedimento classificado sob o código 01001 do item a que se refere o *caput* deste artigo incluem-se os materiais e a colocação do aparelho ortodôntico.

§ 2º Caso o beneficiário opte pela colocação de aparelho ortodôntico fixo estético, a UnisaúdeMS arcará, no que lhe compete, pelos valores referentes ao procedimento classificado no código 01001 do item a que se refere o *caput* deste artigo, respondendo o beneficiário pela diferença.

Art. 12. No caso de danos ao aparelho ortodôntico por mau uso e de reposições de peças danificadas ou perdidas, os respectivos custos são integralmente de responsabilidade do beneficiário.

Seção VI Da Prevenção

Art. 13. Os procedimentos de prevenção são os especificados no item V – Prevenção – da Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa.

§ 1º No caso dos procedimentos classificados nos códigos 3.0001 e 7.0011 do item a que se refere o *caput* deste artigo, deve-se observar o seguinte:

I - a periodicidade não pode ser inferior a seis meses;

II - não podem ser solicitados, simultaneamente, para a mesma hemiarcada.

§ 2º O procedimento classificado no código 3.0002 do item a que se refere o *caput* deste artigo somente pode ser executado em faces oclusais híginas de dentes

posteriores totalmente erupcionados, sendo permitido em dentes permanentes, com até dois anos de erupção, para beneficiários com até quinze anos de idade incompletos.

§ 3º A aplicação de selante deve ser feita de uma única vez em cada dente.

Seção VII Da Odontopediatria

Art. 14. Os procedimentos de odontopediatria são os especificados no item VI – Odontopediatria – da Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa.

§ 1º A idade máxima do paciente para atendimento com odontopediatra é de quinze anos incompletos.

§ 2º Nas localidades onde houver profissional odontólogo especialista em odontopediatria, é obrigatório que os beneficiários com idade até quinze anos incompletos sejam atendidos por profissionais com título de especialização em odontopediatria.

§ 3º Nos procedimentos classificados nos códigos 4.0003 e 4.0004 do item a que se refere o *caput* deste artigo incluem-se as radiografias necessárias, devendo as radiografias finais acompanhar o processo de pagamento.

§ 4º Os procedimentos não especificados no item a que se refere o *caput* deste artigo, realizados em pacientes com idade de até quinze anos, serão remunerados pelo valor estabelecido no item da Tabela a que se refere o *caput* deste artigo em que estejam especificados.

§ 5º O procedimento classificado no código 4.0006 do item a que se refere o *caput* deste artigo compreende consultas de adaptação, limitadas a três sessões por ano, para os beneficiários com comportamento não cooperativo ou de difícil manejo.

§ 6º O procedimento classificado no código 4.0007 do item a que se refere o *caput* deste artigo, compreendendo o uso dos materiais nele descritos, deve ser realizado exclusivamente na restauração de dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto e ou dentes permanentes, em pacientes não cooperativos ou de difícil manejo.

Seção VIII Da Dentística

Art. 15. Os procedimentos de dentística são os especificados no item VII – Dentística – do Anexo Único a esta Resolução Normativa, observado o seguinte:

I – as restaurações estão classificadas por faces;

II – nas restaurações incluem-se forramento, capeamento pulpar, polimento, ajuste oclusal e acabamento.

§ 1º As restaurações, independentemente do material utilizado, devem ser realizadas com a garantia de, no mínimo, dezoito meses.

§ 2º Na avaliação do trabalho realizado, o perito avaliador deve levar em consideração o espaço biológico periodontal, a condensação, a escultura, a adaptação, o polimento, os pontos de contato (oclusais e proximais), a remoção de excessos, a cor, quando se tratar de estética, e a estética total do trabalho realizado.

§ 3º Não se admite substituição de restaurações antigas, que estejam em boas condições, para fins estéticos, salvo se houver indicação da substituição nos casos de cárie, fraturas ou infiltração. Ocorrendo substituições desnecessárias, o custo será de inteira responsabilidade do paciente.

§ 4º Não se admite mais de uma restauração oclusal por dente, mesmo que seja preservada a ponte de esmalte, não sendo consideradas duas restaurações oclusais.

§ 5º O procedimento classificado no código 5.0004 do item a que se refere o *caput* deste artigo é considerado como restauração definitiva e não como base ou forramento para outros materiais forradores, devendo ser executado dentro das técnicas adequadas e em áreas sem envolvimento estético.

§ 6º Os sulcos profundos e ou pigmentados, bem como as manchas brancas e lesões de cárie inativas (em silêncio clínico), devem ser mantidos sob controle (avaliação clínica e radiográfica).

§ 7º No caso dos procedimentos classificados nos códigos 5.0008 e 5.0009 do item a que se refere o *caput* deste artigo, é obrigatória a comprovação radiográfica final.

§ 8º O procedimento classificado no código 5.0008 do item a que se refere o *caput* deste artigo compreende exclusivamente os pinos intra-radulares de material preconizado e comprovadamente aceito pelo Ministério da Saúde.

§ 9º O procedimento classificado no código 5.0011 do item a que se refere o *caput* deste artigo:

I - é conservador e utilizado para reconstruir dentes em que o remanescente possibilite um trabalho de qualidade e duradouro;

II - possui carência de dois anos, salvo no caso de restauração malsucedida, caso em que deverá ser apurada a responsabilidade do profissional que realizou o serviço;

III – veda a solicitação de coroa protética para o dente no qual for utilizado antes do término do período de carência mencionado no inciso II deste parágrafo.

Seção IX Da Endodontia

Art. 16. Os procedimentos de endodontia são os especificados no item VIII – Endodontia – da Tabela de Valores Referencias constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa.

§ 1º Os procedimentos endodônticos devem ser realizados por profissionais especialistas em Endodontia, podendo ser realizados por clínico geral exclusivamente nas localidades em que não haja especialista em endodontia.

§ 2º Para todos os serviços de endodontia estão incluídas as radiografias necessárias, exceto as radiografias inicial (de diagnóstico) e final (da área tratada).

§ 3º As radiografias, inicial de diagnóstico (antes do tratamento endodôntico) e final (após o tratamento endodôntico), do elemento tratado devem ser apresentadas para a perícia odontológica e, após, devolvidas ao beneficiário.

§ 4º Os tratamentos de endodontia devem ser realizados com a garantia de, no mínimo, três anos.

§ 5º A reconstrução de dente com amálgama e ou ionômero de vidro para o isolamento absoluto será cobrada à parte, observados os valores dos procedimentos do item VII – Dentística – da Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa.

§ 6º As alterações, tais como fratura de lima, extravasamento de pasta, perfuração e outras, devem ser esclarecidas ao paciente, por escrito, em receituário próprio, o qual acompanhará o paciente para as fases seguintes do tratamento, observado o seguinte:

I – o receituário deve ser datado e assinado pelo prestador do serviço e conter, mediante a assinatura, a ciência do paciente;

II – as alterações devem ser registradas na própria guia, a fim de dar ciência ao avaliador acerca do ocorrido.

§ 7º Serão aceitos condutos cujo comprimento de trabalho esteja até 2mm aquém ápice radicular, sem prejuízo de exigência de outras dimensões em situações específicas, desde que aprovados pelo perito avaliador.

§ 8º O material obturador deve ser, preferencialmente, de cone de guta percha.

§ 9º O procedimento classificado no código 6.0008 do item a que se refere o *caput* deste artigo compreende o clareamento endógeno para dentes escurecidos por tratamento endodôntico, não estando nele incluído o clareamento exógeno (tratamento caseiro com moldeira), devendo ser observado o seguinte:

I – para a realização do clareamento endógeno, é obrigatória a avaliação radiográfica do tratamento endodôntico, sendo pago por procedimento e não por sessão;

II - o paciente deve ser alertado de que o resultado final do tratamento poderá sofrer variações.

§ 10. O procedimento classificado no código 6.0013 do item a que se refere o *caput* deste artigo realiza-se por sessão (por evento), observado o seguinte:

I – será liberada uma por mês, até o fechamento do ápice radícula;

II - após o fechamento do ápice radicular, poderá ser solicitada a obturação do canal radicular (endodontia do respectivo dente);

III - o procedimento deve constar de radiografia, sendo liberada uma por mês, para acompanhamento.

Seção X Da Periodontia

Art. 17. Os procedimentos de periodontia são os especificados no item IX – Periodontia – da Tabela de Valores Referencias constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa.

§ 1º Para efeito do item a que se refere o *caput* deste artigo, entende-se por hemiarcada o segmento com, no mínimo, três e, no máximo, oito elementos.

§ 2º O pagamento relativo aos procedimentos a que se refere o item mencionado no *caput* deste artigo somente será autorizado nos casos em que esses procedimentos sejam realizados por profissional com título de especialização, salvo nas localidades onde não houver especialista.

§ 3º A periodicidade do procedimento classificado no código 7.0011 do item a que se refere o *caput* deste artigo será de, no mínimo, seis meses entre um tratamento e outro, observado o seguinte:

I – o procedimento engloba o polimento coronário, radicular e profilaxia, não podendo ser solicitado concomitantemente com o procedimento classificado no código 3.0001 do item V – Prevenção – da Tabela de Valores Referenciais;

II - se for solicitado para determinado quadrante, haverá uma carência de seis meses para o mesmo procedimento, bem como para o procedimento classificado no código 3.0001, referido no inciso I deste parágrafo.

§ 4º O procedimento classificado no código 7.0005 do item a que se refere o *caput* deste artigo será autorizado somente por hemiarcada, observado o seguinte:

I – o procedimento deve ocorrer num grupo de, no mínimo, três elementos;

II – um segmento caracteriza-se com, no mínimo, três dentes presentes;

IV - no caso de elementos distantes, cada oito elementos será considerado uma hemiarcada.

§ 5º Nas intervenções cirúrgicas está compreendida a troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós-operatório.

§ 6º As manchas de nicotina devem ser removidas totalmente e, não havendo possibilidade dessa remoção, o paciente deve ser informado expressamente dessa impossibilidade, provado com a sua assinatura e a indicação da data, devendo o evento ser registrado na própria guia, a fim de dar ciência ao avaliador acerca do ocorrido.

§ 7º Na avaliação final, realizada pela perícia, a eventual presença de tártaros e exsudatos impede a aprovação do tratamento.

§ 8º O procedimento classificado no código 7.0009 do item a que se refere o *caput* deste artigo tem por objetivo a separação e a remoção de uma ou mais raízes de um elemento dental, não caracterizando odonto ou hemissecção, sendo obrigatória a apresentação das radiografias antes e após a sua realização.

§ 9º O procedimento classificado no código 7.0010 do item a que se refere o *caput* deste artigo somente pode ser usado uma única vez para o elemento solicitado, mesmo sendo solicitado por profissionais diferentes.

§ 10. O procedimento classificado no código 7.0012 do item a que se refere o *caput* deste artigo destina-se a dentes que estejam sofrendo trauma oclusal e visa à saúde destes elementos, observado o seguinte:

I - o procedimento não se refere ao ajuste oclusal em próteses recém confeccionadas;

II – o pagamento é feito por procedimento e não por sessão.

§ 11. Quanto ao procedimento classificado no código 7.0012 do item a que se refere o *caput* deste artigo deve-se observar, também, o disposto no § 11 do art. 18 desta Resolução Normativa.

Seção XI Da Prótese Dentária

Art. 18. Os procedimentos de prótese dentária são os especificados no item X – Prótese Dentária – da Tabela de Valores Referencias constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa.

§ 1º Os procedimentos especificados no item a que se refere o *caput* deste artigo devem ser realizados com garantia de, no mínimo, três anos.

§ 2º O protesista deve avaliar as condições clínicas do paciente, encaminhando-o, se necessário, para tratamento específico.

§ 3º Quando o elemento dentário tiver indicação de tratamento endodôntico, o avaliador da entidade deve verificar a qualidade deste, antes da aprovação e realização do tratamento protético proposto.

§ 4º No caso do procedimento classificado no código 8.0008 do item a que se refere o *caput* deste artigo, deve-se verificar o seu comprimento relacionando-o com o suporte ósseo, observado, ainda, o seguinte:

I – é obrigatória a apresentação das radiografias periapical inicial (diagnóstico) e final, para verificação do comprimento do núcleo e da qualidade do serviço prestado;

II - somente após a realização da perícia final pode ser autorizada a etapa posterior, consistente na confecção da coroa protética.

§ 5º No caso dos procedimentos classificados nos códigos 8.0001, 8.0002, 8.0003, 8.0004, 8.0005, 8.0006, 8.0007, 8.0008, 8.0014, 8.0015, 8.0016, 8.0020, 8.0021, 8.0022, 8.0023 e 8.0024 do item a que se refere o *caput* deste artigo é obrigatória a apresentação das radiografias periapical inicial e final, antes e após a sua realização, devendo estas ter boa imagem e serem acondicionadas em cartelas e identificadas.

§ 6º No caso do procedimento classificado no código 8.0007 do item a que se refere o *caput* deste artigo, deve-se observar o seguinte:

I - a autorização para a sua realização é restrita a uma, para cada um dos seguintes tratamentos:

a) tratamento no mesmo dente;

b) remoção de núcleo metálico fundido;

c) cimentação, quando o remanescente dentário já tenha passado por preparo, por endodontia, por fratura etc;

II - não será autorizado e, portanto, não terá cobertura o provisório de ponte fixa ou de implante dentário osteointegrado.

§ 7º O procedimento classificado no código 8.0016 do item a que se refere o *caput* deste artigo não se refere à remoção de pânticos das pontes fixas.

§ 8º O procedimento classificado no código 8.0001 do item a que se refere o *caput* deste artigo:

I – somente será autorizado para dentes anteriores, mediante apresentação prévia de radiografia periapical inicial com boa imagem, para avaliação do estado endodôntico do respectivo dente;

II - inclui peça protética feita de material resina em laboratório ou de cerômero em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos), não passíveis de reconstrução por meio direto.

§ 9º No procedimento classificado no código 8.0009 do item a que se refere o *caput* deste artigo, o prazo, mínimo, para a troca da prótese provisória pela definitiva, é de três meses, contados do ato da perícia final desta.

§ 10. O ajuste oclusal, compreendido no procedimento classificado no código 7.0012 do item IX – Periodontia – da Tabela de Valores Referenciais, será autorizado após seis meses da realização dos procedimentos de próteses e restaurações. O custo relativo aos demais ajustes necessários, bem como do procedimento de restauração realizado, está compreendido no custo da confecção da peça protética.

§ 11. Aplicam-se estes limites e tempo de garantia em relação aos respectivos procedimentos:

I – limite de quatro elementos por ano, com garantia de dois anos, após a colocação da prótese, no caso do procedimento classificado no código 8.0023 do item a que se refere o *caput* deste artigo;

II – limite de quatro elementos por ano, com garantia de três anos, após a colocação da prótese, no caso do procedimento classificado no código 8.0024 do item a que se refere o *caput* deste artigo;

III – limite de quatro elementos por ano, com garantia de dois anos, no caso do procedimento classificado no código 8.0021 do item a que se refere o *caput* deste artigo;

IV - limite de quatro elementos por ano, com garantia de três anos, no caso do procedimento classificado no código 8.0022 do item a que se refere o *caput* deste artigo.

Art. 19. Em relação aos procedimentos de prótese dentária especificados no item X – Prótese Dentária – da Tabela de Valores Referencias constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa aplicam-se, ainda, as seguintes regras:

I - a radiografia periapical inicial (diagnóstico) deve ser juntada à solicitação do tratamento, a fim de que a perícia autorizadora verifique o estado atual do remanescente e se o mesmo se encontra apto a receber o tratamento proposto. No ato da perícia final, a radiografia periapical final deve ser juntada à guia, assim como a radiografia inicial, a fim de que a perícia ou auditoria verifique o término e a qualidade do tratamento realizado;

II - em relação às próteses, antes de se encaminhar o paciente para avaliação final, devem ser observados os pontos de contato (proximais e oclusais), a ausência de degrau positivo e ou negativo, o polimento, a oclusão, a forma, o contorno, a cor, a adaptação, o espaço para higienização, o acabamento, a estética, o respeito ao espaço biológico periodontal, devendo esses detalhes ser analisados no ato do exame clínico e radiográfico final;

III - em relação às próteses parciais e totais removíveis, antes de se encaminhar o paciente para avaliação final, devem ser observados os apoios assentados preferencialmente nos nichos, a ausência de báscula, os grampos em função, o contato oclusal, os elementos dentários que serão suporte da prótese parcial removível, a estética, a fonação, a mastigação bilateral, a qualidade da prótese, devendo esses detalhes ser analisados no ato do exame clínico e radiográfico final;

IV – é de responsabilidade do protesista a orientação quanto aos cuidados do paciente em relação às técnicas de higienização e conservação da(s) prótese(s), visto estar incluso no valor das próteses tais orientações;

V - os procedimentos de prótese só poderão ser realizados pelos especialistas em prótese dentária;

VI - os trabalhos de prótese terão garantia de três anos, a partir da conclusão do procedimento;

VII - para autorização de prótese, a perícia odontológica avaliará as condições do respectivo dente, bem como a indicação para esta reabilitação;

VIII - nas próteses serão observados: pontos de contatos, polimento, oclusão, forma, cor, adaptação, degraus, espaço para higienização;

IX - as remoções de núcleo e prótese poderão ser realizadas pelo especialista em endodontia e protesista;

X - as próteses para fins estéticos não serão autorizadas ou aprovadas.

Seção XII Das Cirurgias

Art. 20. Os procedimentos de cirurgia são os especificados no item XI – Cirurgias - da Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa.

§ 1º Os atos cirúrgicos não especificados no item XII de que trata este artigo são remunerados em conformidade com o referencial de preços da tabela de honorários da quinta edição da CBHPM, mediante negociação dos valores ali sugeridos.

§ 2º O plano de tratamento de qualquer ato cirúrgico deve ser acompanhado de radiografia inicial (diagnóstico) ou panorâmica, que contenha o laudo radiográfico, antes da realização do procedimento, devendo ser de boa qualidade.

§ 3º Somente o procedimento classificado no código 9.0013 do item a que se refere o *caput* deste artigo pode ser realizado por clínico geral, devendo os demais procedimentos ser realizados, obrigatoriamente, por profissional especialista, em localidade onde houver.

§ 4º Após a realização do ato cirúrgico, a guia deve acompanhar a radiografia inicial (diagnóstico) e a final (após a realização do procedimento), ou, ainda, panorâmicas, com laudo, devendo ser apresentadas para a perícia odontológica. As radiografias devem ser recentes em relação à data do procedimento solicitado e finalizado, devendo ser devolvidas ao beneficiário após a análise pelo perito.

§ 5º Nas intervenções cirúrgicas estão compreendidas a sutura, a troca de cimento cirúrgico, os eventuais curativos pós-operatórios, os atendimentos em relação a alguma complicação em relação ao ato cirúrgico e a remoção da sutura.

§ 6º Todas as solicitações de cirurgia serão submetidas à auditoria especializada, que emitirá parecer técnico, com base na seguinte documentação: radiografia panorâmica atual com laudo, radiografia de perfil, modelos de estudo (moldes), laudo do profissional solicitante com descrição clínica e da cirurgia a ser realizada acompanhada do código do procedimento seguindo a tabela TUSS, indicação clínica, análise radiográfica Profis com o traçado dento-esquelético, tempo de internação e especificação do material a ser utilizado.

§ 7º A UnisaúdeMS reserva-se o direito de solicitar segunda opinião, a ser emitida por equipe diferente da primeira, sempre que julgar necessário.

§ 8º O procedimento classificado no código 9.0027 do item a que se refere o *caput* deste artigo destina-se à separação de raízes de um elemento dental, com a finalidade de preservação de todas as raízes deste elemento, sendo obrigatória a apresentação das radiografias antes e após a sua realização.

§ 9º O procedimento classificado no código 9.0008 do item a que se refere o *caput* deste artigo destina-se à obtenção de células de órgãos e tecidos de lesões ou

sítios específicos da região bucal, devendo ser realizado com uso de agulha de pequeno calibre ou a coleta de raspado.

§ 10. Os procedimentos classificados nos códigos 9.0009, 9.0019, 9.0023 e 9.0024 do item a que se refere o *caput* deste artigo serão autorizados nos casos em que a localização e as características da lesão permitirem a sua realização em ambiente ambulatorial.

§ 11. O procedimento classificado no código 9.0028 do item a que se refere o *caput* deste artigo caracteriza-se por luxação da ATM, quando na abertura máxima de boca ocorre o deslocamento do processo condilar para fora da cavidade mandibular e o paciente não é capaz de realizar a reposição da mandíbula (fechar a boca) sem ajuda, consistindo a cobertura da redução da luxação no reposicionamento do processo condilar para dentro da cavidade mandibular, quando sua realização for possível em ambiente ambulatorial.

§ 12. O procedimento classificado no código 9.0029 do item a que se refere o *caput* deste artigo caracteriza-se pelo teste em que se observa a saliva com relação ao volume secretado sob estímulo mecânico (que é o fluxo salivar).

CAPÍTULO III DA REMUNERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS OU CLÍNICAS

Seção I Dos Valores de Referência

Art. 21. Os profissionais ou clínicas relacionadas pela UnisaúdeMS, observadas as exceções previstas nesta Resolução Normativa, serão remunerados, pelos serviços prestados ou materiais fornecidos na prestação dos serviços, com base nos valores previstos na Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa, determinados com base nos parâmetros de mercado e em critérios uniformes para todas as especialidades da área odontológica abrangidas por esta Resolução Normativa.

Seção II Do Custo do Tratamento

Art. 22. Os profissionais ou clínicas relacionadas pela UnisaúdeMS, que prestarem os serviços de que trata esta Resolução Normativa, nos termos nela estabelecidos, serão custeados em parte pela UnisaúdeMS e em parte pelo associado titular, na seguinte proporção do custo dos serviços autorizados, observados os valores de referência de que trata o Anexo Único desta Resolução Normativa:

I – cinquenta por cento, pela UNISAÚDEMS;

II – cinquenta por cento, pelo associado titular.

§ 1º O associado titular deve realizar o pagamento relativo a sua parte diretamente ao profissional odontológico ou à clínica.

§ 2º O pagamento pela UNISAÚDEMS é condicionado a que tenham havido:

I – a solicitação prévia para a realização dos procedimentos, por meio de perícia odontológica inicial;

II – a autorização da UNISAÚDEMS para a realização dos procedimentos;

III – a conclusão do tratamento, confirmado por perícia odontológica final;

IV – a auditoria administrativa.

§ 3º Os profissionais ou clínicas somente podem solicitar o pagamento à UNISAÚDEMS após a conclusão do tratamento, exceto nos casos de abandono do tratamento.

§ 4º Para efeito do disposto no § 3º deste artigo, considera-se abandono a interrupção do tratamento por iniciativa do beneficiário, por um período superior a trinta dias consecutivos, hipótese em que fica assegurado ao prestador o pagamento pelos serviços já efetivamente prestados, cuja realização seja atestada mediante parecer do perito avaliador da UNISAÚDEMS.

Art. 23. Ressalvadas as exceções previstas no § 2º do art. 3º desta Resolução Normativa, a UNISAÚDEMS não se responsabiliza pelo pagamento de qualquer serviço que tenha sido realizado sem a correspondente avaliação técnica inicial.

Art. 24. O beneficiário titular responde pela integralidade dos respectivos custos, nos casos de:

I - tratamento realizado sem a avaliação técnica inicial ou a autorização prévia da UNISAÚDEMS, ressalvados os casos de urgência ou emergência;

II – não realização da avaliação técnica final, no prazo de dez dias da conclusão do tratamento.

Art. 25. A UNISAÚDEMS não responde pelo pagamento relativo a procedimentos que não estejam mencionados na Tabela de Valores Referenciais constante no Anexo Único a esta Resolução Normativa, salvo se, eventualmente, por ela previamente autorizado.

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 26. Fica publicado juntamente com esta Resolução Normativa o seu Anexo Único, contendo a Tabela de Valores Referenciais, com os procedimentos compreendidos no tratamento odontológico e os respectivos valores.

Art. 27. Os procedimentos e valores de que tratam esta Resolução Normativa poderão ser revistos a qualquer tempo, por proposição do Conselho de Administração.

Art. 28. Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho Geral de Representantes.

Art. 29. Ficam revogadas as disposições em contrário.

Campo Grande (MS), 28 de agosto de 2018.

Conselho de Administração da Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado de Mato Grosso do Sul (UNISAÚDEMS)

TABELA DE VALORES REFERENCIAIS

Esta tabela especifica os procedimentos compreendidos no benefício odontológico de que trata a Resolução Normativa nº 001/CA/2018, e os valores a serem utilizados como referência para o pagamento dos respectivos custos.

Nela, os procedimentos estão agrupados nas categorias determinadas pelos itens I a XI.

As letras indicadas na coluna “Incidência” desta Tabela, exceto nos itens III, IV e XII, representam: A = arcada; E = elemento; EV = evento; H = hemiarcada; S = segmento (metade da hemiarcada); e U = unidade.

Na aplicação desta tabela, devem ser observados, quanto aos respectivos itens, os seguintes dispositivos da referida Resolução Normativa:

ITEM	DISPOSITIVOS
I - Diagnóstico	Art. 7º e 8º
II - Radiologia	Art. 9º
III - Implantes	Art. 10
IV - Ortodontia	Art. 11 e 12
V - Prevenção	Art. 13
VI - Odontopediatria	Art. 14
VII - Dentística	Art. 15
VIII - Endodontia	Art. 16
IX - Periondontia	Art. 17
X – Prótese Dentária	Art. 18 e 19
XI - Cirurgias	Art. 20

ITEM I - DIAGNÓSTICO			
Código	Incidência	Procedimento	Valor (R\$)
1.0001	U	Consulta Inicial (Exame Clínico e orçamento)	60,00
1.0002	U	Consulta de Urgência	70,00
1.0003	U	Avaliação Técnica (Inicial ou final)	70,00
1.0004	U	URGÊNCIA (sábado, domingo, feriado - período entre as 20h e 7h)	100,00
1.0005	EV	AUSÊNCIA EM HORA MARCADA	40,00

ITEM II - RADIOLOGIA			
Código	Incidência	Procedimento	Valor (R\$)

2.0001	U	Radiografia periapical/bite-wing (interproximais)	20,00
2.0002	U	Radiografia oclusal	40,00
2.0003	U	Radiografia da ATM (três incidências)	110,00
2.0004	U	Radiografia panorâmica (ortopantomografia).	75,00
2.0005	U	Tele Radiografia com ou sem traçado	80,00
2.0006	U	Tomografia 01 Região	180,00
2.0007	U	Tomografia 02 Regiões	254,00
2.0008	U	Tomografia 03 Regiões	326,00
2.0009	U	Documentação Ortodôntica	130,00

ITEM III - IMPLANTES		
Código	Procedimento	Valor (R\$)
00010	Implante	1.000,00
00011	Cicatrizador	120,00

ITEM IV - ORTODONTIA		
Código	Procedimento	Valor (R\$)
01001	Aparelho Ortodôntico Fixo Metálico	450,00
01002	Manutenção mensal	120,00

ITEM V - PREVENÇÃO			
Código	Incidência	Procedimento	Valor (R\$)
3.0001	H	Profilaxia, tartarectomia, polimento coronário, raspagem supragengival, remoção de tártaro, Aplicação de flúor e orientação de higiene bucal e técnica de escovação, evidenciação de placa bacteriana, orientação de dieta.	35,00
3.0002	E	Aplicação de selantes	36,00

ITEM VI - ODONTOPEDIATRIA			
Código	Incidência	Procedimento	Valor (R\$)
4.0001	U	Mantenedor de espaço fixo	150,00
4.0002	E	Exodontia de decíduo	46,00
4.0003	E	Tratamento endodôntico de decíduos anteriores/posteriores	120,00
4.0004	E	Pulpotomia	90,00
4.0005	A	Aplicação de cariostático	40,00
4.0006		Condicionamento em odontologia	44,00
4.0007		Coroa Acetato, Aço ou Policarbonato	150,00

ITEM VII - DENTÍSTICA			
Código	Incidência	Procedimento	Valor (R\$)
5.0001	E	Restauração de amálgama 1 face	60,00
5.0002	E	Restauração de amálgama 2 faces	70,00
5.0003	E	Restauração de amálgama 3 ou mais faces	80,00
5.0004	E	Restauração de ionômero de vidro	70,00
5.0005	E	Restauração fotopolimerizável – 1 face	65,00
5.0006	E	Restauração fotopolimerizável – 2 faces	78,00
5.0007	E	Restauração fotopolimerizável 3 ou mais faces	84,00
5.0008	E	Pino de retenção intra-radicular	52,00
5.0009	E	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro	70,00
5.0010	E	Faceta em resina fotopolimerizável	120,00
5.0011	E	Amalgama Pin	80,00

ITEM VIII - ENDODONTIA			
Código	Incidência	Procedimento	Valor (R\$)
6.0001	E	Tratamento endodôntico 1 conduto (caninos e incisivos)	240,00
6.0002	E	Tratamento endodôntico 2 condutos (pré-molares)	280,00
6.0003	E	Tratamento endodôntico 3 ou mais condutos	390,00
6.0004	E	Retratamento endodôntico 1 conduto (caninos e incisivos)	240,00
6.0005	E	Retratamento endodôntico 2 condutos (pré-	290,00

		molares)	
6.0006	E	Retratamento endodôntico 3 ou mais condutos (molares)	440,00
6.0007	E	Remoção de núcleo intrarradicular	100,00
6.0008	E	Clareamento ou Recromia	120,00
6.0009	E	Tratamento de perfuração	200,00
6.0010	E	Capreamento pulpar	60,00
6.0011	E	Preparo de conduto endodôntico para núcleo metálico fundido	70,00
6.0012	E	Remoção de núcleo intra-radicular por Ultra-Som	110,00
6.0013	EV	Tratamento da Rizogênese Incompleta	90,00

ITEM IX - PERIODONTIA			
Código	Incidência	Procedimento	Valor (R\$)
7.0001	H	Cirurgia a retalho com ou sem osteotomia (por hemiarçada)	200,00
7.0002	E	Dessensibilização dentária	40,00
7.0003	H	Cirurgia para enxerto gengival pediculado ou retalho	180,00
7.0004	E	Cirurgia para enxerto gengival livre	180,00
7.0005	H	Imobilização dentária	130,00
7.0006	H	Gengivectoplastia /gengivectomia	180,00
7.0007	E	Cunha distal	160,00
7.0008	H	Tratamento de abscesso	95,00
7.0009	E	Rizectomia	170,00
7.0010	E	Aumento de coroa clínica	160,00
7.0011	H	Raspagem de cálculos supra e subgengival (por hemiarçada)	75,00
7.0012	H	Ajuste oclusal	65,00

ITEM X – PRÓTESE DENTÁRIA			
Código	Incidência	Procedimento	Valor (R\$)
8.0001	E	Coroa de jaqueta acrílico ou cerômero (incisivos e caninos)	245,00
8.0002	E	Coroa de jaqueta cerâmica	800,00
8.0003	E	Coroa de jaqueta metalo-cerâmica	800,00
8.0004	E	Coroa total metálica (molares e premolares)	320,00
8.0005	E	Coroa 3/4 ou 4/5 (restauração metálica ou em cerômero)	310,00
8.0006	E	Coroa veneer	400,00
8.0007	E	Coroa provisória com ou sem pino	120,00

8.0008	E	Núcleo metálico fundido e núcleo pré-fabricado	140,00
8.0009	U	Prótese parcial ou total removível provisória	350,00
8.0010	U	Prótese parcial removível c/ armação metálica e grampos	900,00
8.0011	A	Prótese Total por arcada	950,00
8.0012	U	Reembasamento de prótese total ou parcial removível	180,00
8.0013	U	Conserto simples e colocação de dente	100,00
8.0014	U	Restauração INLAY e ONLAY de porcelana	550,00
8.0015	U	Faceta laminada de porcelana	600,00
8.0016	U	Remoção de restauração metálica	80,00
8.0017	U	Prótese parcial acrílica	340,00
8.0018	A	Prótese total caracterizada	980,00
8.0019	U	Placa de Mordida Interoclusal ou Miorelaxante	480,00
8.0020	E	Núcleo Bipartido (molares)	160,00
8.0021	E	Prótese Fixa em metalo-cerâmica (por elemento)	800,00
8.0022	E	Ponto de solda para Prótese Fixa	60,00
8.0023	E	Prótese Provisória Sobre Implante	400,00
8.0024	E	Prótese sobre Implante metalo-cerâmica	1.200,00

ITEM XI - CIRURGIAS			
Código	Incidência	Procedimento	Valor (R\$)
9.0001	H	Alveoloplastia	85,00
9.0002	E	Apicectomia incisivos/caninos (unirradiculares)	280,00
9.0003	E	Apicectomia Pré-molares (birradiculares)	300,00
9.0004	E	Apicectomia molares (trirradiculares)	380,00
9.0005	E	Apicectomia incisivos/caninos c/ obturação retrógrada	300,00
9.0006	E	Apicectomia Pré-molares c/ obturação retrógrada	350,00
9.0007	E	Apicectomia molares c/ obturação retrógrada	400,00
9.0008	U	Biopsia incisional ou punção aspirativa ou coleta por raspado (ambulatorial)	90,00
9.0009	E	Cirurgia de tumores intra-ósseos, tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênico sem reconstrução (ambulatorial)	300,00
9.0010	U	Correção de bridas musculares	150,00
9.0011	U	Drenagem de abscesso extra-oral	90,00
9.0012	U	Excisão de mucocele	160,00
9.0013	E	Exodontia	120,00
9.0014	E	Exodontia com retalho ou raiz residual	130,00
9.0015	E	Exodontia de dente incluso impactado	250,00
9.0016	E	Exodontia de dente semi-incluso impactado	180,00

9.0017	U	Frenectomia labial ou lingual	160,00
9.0018	U	Cirurgia para retirada de cálculo salivar	150,00
9.0019	U	Cirurgia para retirada de Tórus, tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos e cartilagosos na maxila e mandíbula (ambulatorial)	250,00
9.0020	H	Redução de tuberosidade por lado	160,00
9.0021	H	Sulcoplastia	120,00
9.0022	U	Sutura de fenda de mucosa oral	120,00
9.0023	U	Tratamento de lesão cística, exérese de pequenos cistos de maxila e mandíbula (procedimento ambulatorial)	220,00
9.0024	U	Tratamento cirúrgico de fístula buco-sinusal ou nasal	160,00
9.0025	U	Ulectomia ou ulotomia	95,00
9.0026	E	Sepultamento Radicular	160,00
9.0027	E	Odonto ou hemiseção com ou sem Amputação Radicular	160,00
9.0028	U	Redução de Luxação ATM (ambulatorial)	150,00
9.0029	U	Teste Fluxo Salivar (ambulatorial)	90,00

Campo Grande (MS),

Conselho de Administração da Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado de Mato Grosso do Sul (UnisaúdeMS)