

PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO
ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL	1. Cobertura obrigatória como tratamento preliminar ao tratamento restaurador, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	1. Cobertura obrigatória como tratamento provisório em dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
APLICAÇÃO DE SELANTE	a. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente: a. procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes; b. procedimento preventivo em fôssulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.
BIÓPSIA DE BOCA	1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
BIÓPSIA DE LÁBIO	1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
BIÓPSIA DE LÍNGUA	1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA	1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	1. Cobertura mínima obrigatória de 03 (três) sessões/ano para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO	1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

<p align="center">TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA MANDÍBULA/MAXILA</p>	<p>1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.</p>
<p align="center">REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO</p>	<p>1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:</p> <p>a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;</p> <p>b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.</p>
<p align="center">COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RMF</p>	<p>1. Cobertura obrigatória como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.</p>
<p align="center">EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA</p>	<p>1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.</p>
<p align="center">PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA)</p>	<p>1. Cobertura obrigatória na segmentação odontológica como auxílio diagnóstico; pré e/ou pós procedimento cirúrgico odontológico.</p>
<p align="center">REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA</p>	<p>1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.</p>
<p align="center">REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA</p>	<p>1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.</p>
<p align="center">REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA</p>	<p>1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.</p>
<p align="center">REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA</p>	<p>1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:</p> <p>a. dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto;</p> <p>b. dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.</p>
<p align="center">REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM</p>	<p>1. Cobertura obrigatória na segmentação odontológica quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.</p>

<p align="center">SUTURA DE FERIDA BUCO-MAXILO-FACIAL</p>	<p>1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.</p>
<p align="center">TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO-NASAIS OU BUCOSINUSAIS</p>	<p>1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.</p>
<p align="center">TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS E HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES DA REGIÃO BUCO-MAXILOFACIAL</p>	<p>1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.</p>
<p align="center">TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO</p>	<p>1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos; b. tratamento temporário em dentes permanentes