

TABELA 011/CISAMREC/2021 - PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS ESPECIALIZADOS (prestação de serviços em procedimentos especializados de odontologia, consulta, exame de imagem e outros), (58 Procedimentos), Aprovada na A.G.E. de 03/11/2022, RESOLUÇÃO Nº. 017/CISAMREC/2022 conforme publicação em 09/11/2022 (quarta-feira) no DOM/SC, Edição Nº 4306913, alterada pela Resolução nº025/CISAMREC/2023

TABELA nº 011/CISAMREC/2021 - RESOLUÇÃO Nº 025/CISAMREC/2023, Quarta-feira, 13 de dezembro de 2023

Grupo de Procedimentos	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS (SIGTAP) R\$	Valor Complemento (R\$)	Valor SUS + Complemento R\$
Procedimentos de Periodontia					
20	0307030032	RASPAGEM CORONO-RADICULAR <i>(Por Sextante)</i>	1,24	176,89	178,13
43	0414029375	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (cunha distal) por elemento + restauração do elemento	0,00	180,00	180,00
43	0414028375	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (aumento de coroa clínica) por elemento	0,00	192,90	192,90
43	0414027375	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (raspagem, alisamento e polimento em campo aberto) por sextante	0,00	250,00	250,00
<p>O encaminhamento do município deverá conter descritivo informando, caso exista, presença de alterações sistêmicas que forem determinantes para esta especialidade, tais como: diabetes (compensado ou não – faz uso de insulina), cardiopatias, febre reumática, endocardite bacteriana, osteoporose, insuficiência renal, imunossupressão, entre outros; Em caso de gravidez, informar a idade gestacional; informará presença ou não de hábitos deletérios como: tabagismo, etilismo, entre outros.</p> <p>Caberá ao prestador: tratamento de periodontite com bolsas ativas: • Bolsas ativas com 5mm ou mais de profundidade de sondagem; • Casos de tratamento de periodontite crônica; • Doença periodontal necrosante; • Gengivite ulcerativa necrosante; • Periodontite ulcerativa necrosante; • Aumento de coroa clínica; • Cunha Distal; • Gengivectomia e outros.</p> <p>A liberação da guia CISAMREC para pagamento do prestador, ocorrerá mediante apresentação da guia assinada pelo paciente confirmando a conclusão do tratamento. É de responsabilidade do prestador quando reclamação do serviço.</p>					
Procedimentos de Endodontia (Endodontista)					
20	0307020045	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR (consulta, obturação, restauração final e 2 - 4 r-x / incluindo r-x final)	5,71	294,29	300,00
20	0307020053	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRES OU MAIS RAÍZES (Consulta, obturação, restauração final e 2 - 4 r-x / incluindo r-x final)	6,95	413,05	420,00
20	0307020061	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR (consulta, obturação, restauração final e 2 - 4 r-x / incluindo r-x final).	4,41	275,59	280,00
20	0307020088	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR (consulta, desobturação, obturação, restauração final e 2 - 4 r-x / incluindo r-x final).	5,71	514,29	520,00
20	0307020096	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/3 OU MAIS RAÍZES (consulta, desobturação, obturação, restauração final e 2 - 4 r-x / incluindo r-x final).	6,95	613,05	620,00
20	0307020100	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR (consulta, desobturação, obturação, restauração final e 2 - 4 r-x / incluindo r-x final).	4,41	415,59	420,00

O Paciente encaminhado, apresentará identificação do elemento para a endo, com abertura coronária, curativo de demora e selamento provisório. Se necessário, com reconstrução de paredes dentárias para facilitar o isolamento absoluto. Também constará no descritivo de encaminhamento, caso haja, alterações sistêmicas que forem determinantes para esta especialidade, como: diabetes (compensado ou não – faz uso de insulina), cardiopatias, febre reumática, endocardite bacteriana, osteoporose, insuficiência renal, imunossupressão, entre outros; Em caso de gravidez, obrigatório informar idade gestacional.

Critérios para encaminhamento:

- Dentes permanentes unirradiculares, birradiculares e multirradiculares/trirradiculares (multirradiculares e trirradiculares é obrigatório apoio matricial e avaliação);
- Retratamento endodôntico;
- Sempre será encaminhado junto ao paciente RX PERIAPICAL INICIAL; folha de REFERÊNCIA (encaminhamento) e folha de autorização e GUIA DO CISAMREC (ficha completa), paciente será orientado a levar no dia da primeira consulta (triagem).

Critérios de exclusão geral:

- Dentes com comprometimento de furca ou invasão do espaço biológico, maior do que 3mm do nível ósseo;
- Casos de significativa perfuração radicular;
- Dentes que não apresentam condições para isolamento absoluto;
- Dentes com presença de pinos intrarradiculares ou próteses;
- Dentes que apresentem mobilidade grau III (grande perda de estrutura de sustentação e alto grau de mobilidade horizontal e vertical);
- 3º molar permanente.

A liberação da guia para pagamento do prestador ocorrerá mediante apresentação da contra referência com rx final com o caso finalizado e assinatura do paciente.

Procedimentos de ODONTOPEDIATRIA

13	0301049003	CONSULTA E CONDICIONAMENTO CLÍNICO <i>(profilaxia, exame clínico detalhado, anamnese e condicionamento clínico) até 03 (três) atendimentos.</i>	0,00	150,00	150,00
02	0417010060	Sedação (óxido nitroso ou outros) ODONTOPEDIATRIA <i>(exige profissional habilitado neste procedimento), valor por hora.</i>	15,15	304,85	320,00
20	0307020037	OBTURAÇÃO DE DENTE DECIDUO <i>(Obturação, restauração final e 2 - 4 r-x / incluindo r-x final).</i>	5,59	362,74	368,33
20	0307019104	Restauração de decíduo em *CIV <i>(Remoção completa de tecido cariado e restauração em Cimento de Ionômero de Vidro Restaurador)</i> <small>(*Cimento de Ionômero de Vidro)</small>	0,00	115,71	115,71
20	0307019001	Restauração de decíduo em resina <i>(Remoção completa de tecido cariado e restauração em resina composta).</i> (03.07.01.008-2 / 03.07.01.011-2)	0,00	151,43	151,43
43	0414020120	Exodontia de decíduo <i>(por elemento)</i>	0,00	100,00	100,00
04	0201010526	Exérese* de lesão de tecidos moles <i>(Exérese de lesão de tecidos moles e entrega da peça em recipiente específico embebido em formol, ao responsável pelo paciente, para posterior biópsia laboratorial conforme conduta do município).</i> Coleta de material por meio de punção/biópsia <i>*Somente o serviço do prestador em coletar o material.</i>	21,56	238,44	260,00
01	0203029008	Biópsia de tecidos moles <i>(tecidos moles em recipiente específico embebido em formol).</i> Realização do Exame anatomopatológico e Laudo, por peça.	0,00	40,78	40,78
19	0701079064	Adaptação de barra transpalatina (Serviço e fornecimento do material por conta do prestador)	10,00	270,00	280,00
19	0701078064	Mantenedor de espaço (Serviço e fornecimento do material por conta do prestador, mais exodontia)	10,00	241,33	251,33
19	0701077064	Arco lingual (Serviço e fornecimento do material por conta do prestador)	10,00	278,33	288,33

O encaminhamento do município apresentará no descritivo, sempre que possível: A identificação do tratamento citando a região/dente; • As tentativas de atendimento na atenção básica com sucesso e/ou sem sucesso; • A justificativa da necessidade de atendimento na atenção especializada; • O quadro clínico bucal e sistêmico do paciente, nos casos em que a **criança** permitir o exame clínico.

Para a liberação da guia CISAMREC para o pagamento, o prestador deverá apresentar a guia com assinatura do responsável pelo paciente confirmando a conclusão do tratamento e a contra referência após a alta do paciente com orientações ao colega da atenção primária.

O prestador deverá registrar na contra referência a evolução odontológica do paciente, as informações referentes às consultas e aos procedimentos realizados e a ocorrência de dificuldades ou de limitações na realização do atendimento, quando houver.

Obs.: Quando o paciente não for cooperativo ao exame clínico na atenção primária, o prestador inicialmente realizará consulta para identificação das necessidades clínicas da criança. Em seguida, deverá comunicar o contratante através de **Declaração CISAMREC**, quais os tratamentos serão necessários ao paciente, para liberação da guia.

Procedimentos de Cirurgia Oral (BUCOMAXILOFACIAL)

04	0201010232	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR <i>(COLETA: RETIRADA DE FRAGMENTOS DE TECIDO DE GLÂNDULA SALIVAR PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO - Coleta de material por meio de punção/biópsia) (Com entrega da peça em recipiente específico embebido em formol, ao paciente ou laboratório, para posterior biópsia conforme conduta do município)</i>	31,27	260,36	291,63
04	0201010348	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE <i>(COLETA: RETIRADA DE FRAGMENTOS DE OSSOS DO CRÂNIO E DA FACE, PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO - Coleta de material por meio de punção/biópsia)</i>	23,99	296,01	320,00

04	0201010526	Exerése* de lesão de tecidos moles (<i>Exerése de lesão de tecidos moles e entrega da peça em recipiente específico embebido em formol, ao responsável pelo paciente, para posterior biópsia laboratorial conforme conduta do município</i>). Coleta de material por meio de punção/biópsia *Somente o serviço do prestador em coletar o material.	21,56	238,44	260,00
01	0203029008	Biópsia de tecidos moles (<i>tecidos moles em recipiente específico embebido em formol</i>). Realização do Exame anatomopatológico e Laudo, por peça.	0,00	40,78	40,78
20	0307010058	TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS	10,82	289,18	300,00
43	0414010345	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR (bucomaxilo)	672,62	0,00	672,62
43	0414010361	EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO (<i>Com entrega da peça em recipiente específico embebido em formol, ao paciente ou laboratório, para posterior biópsia conforme conduta do município</i>). (bucomaxilo)	35,53	364,47	400,00
43	0414010388	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA / EXTRAORAL (por atendimento)	19,18	500,82	520,00
25	0401019082	FRENÉCTOMIA	0,00	300,23	300,23
25	0401018082	FRENOTOMIA	0,00	300,23	300,23
43	0404020089	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	156,17	170,01	326,18
43	0404020097	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	28,00	287,23	315,23
43	0414020022	APICECTOMIA COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	21,92	436,81	458,73
43	0414020200	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS	15,02	564,98	580,00
43	0414029278	Remoção de dente retido 3º MOLAR (incluso / impactado/ parcialmente incluso) (<i>Os encaminhamentos serão enviados juntamente com r-x panorâmico. Se o especialista considerar necessário a tomografia, o mesmo emite a solicitação para que o município conduza o exame conforme fluxo interno</i>), por dente.	22,72	377,28	400,00
43	0414028278	Remoção de dente retido EXCETO 3º MOLAR (incluso / impactado / parcialmente incluso) (<i>Os encaminhamentos serão enviados juntamente com r-x panorâmico. Se o especialista considerar necessário a tomografia, o mesmo emite a solicitação para que o município conduza o exame conforme fluxo interno</i>), por dente.	22,72	377,28	400,00
43	0414029367	Colagem de dispositivo para tracionamento de dente incluso exceto 3º MOLAR (incluso / impactado / parcialmente incluso) (<i>Os encaminhamentos serão enviados juntamente com r-x panorâmico. Se o especialista considerar necessário a tomografia, o mesmo emite a solicitação para que o município conduza o exame conforme fluxo interno</i>), por dente.	22,72	274,08	296,80
43	0414020294	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES	11,36	332,27	343,63
43	0414029001	TRATAMENTO DE OSTEORADIONECROSE E OSTEONECROSE (TRATAMENTO CLÍNICO NÃO CIRÚRGICO)	0,00	300,00	300,00

Os encaminhamentos deverão seguir com a referência da atenção primária, constando a especificação do tratamento a ser executado, as guias SISREG e CISAMREC.

Procedimentos de CONSULTAS ODONTOLÓGICA na APS

13	0301010153	CONSULTA ODONTOLÓGICA (APS)	10,00	40,00	50,00
----	------------	-----------------------------	-------	-------	-------

Procedimentos de Consulta Especializada

13	0301049004	CONSULTA ESPECIALIZADA EM BUCOMAXILO-FACIAL	0,00	150,00	150,00
13	0301049005	CONSULTA ESPECIALIZADA EM ODONTOLOGIA	0,00	100,00	100,00

Exames de imagens e outros procedimentos

29	0204019093	Radiografia Panorâmica Odontológica (ODONTO) <i>(Radiografia da região maxilo-mandibular; a imagem radiográfica e o laudo deverão ser disponibilizados fisicamente e/ou digitalmente, conforme necessidade do município)</i>	9,03	50,97	60,00
29	0204019187	RADIOGRAFIA PERIAPICAL (ODONTO)	1,75	33,25	35,00
29	0204019901	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (ODONTO)	0,00	35,00	35,00
29	0204019903	Radiografia Oclusal (odonto) por arcada	3,51	51,49	55,00
29	0204019209	Teleradiografia de perfil com traçados	6,44	48,56	55,00
29	0204019902	Levantamento periapical radiografia todos os dentes	0,00	200,00	200,00
35	0206019001	Tomografia 1 Hemi Arco (quadrante) <i>Cone Beam (odonto)</i>	86,75	88,25	175,00
35	0206019002	Tomografia até 03 (três) elementos juntos (odonto)	86,75	73,25	160,00
35	0206019003	Tomografia ATM Bilateral (odonto) <i>(ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR) 02.06.01.004-4</i>	86,75	148,25	235,00
35	0206019004	Tomografia ATM Unilateral (odonto) <i>(ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR) 02.06.01.004-4</i>	86,75	73,25	160,00
35	0206019005	Tomografia total (maxila ou mandíbula) (odonto), <i>por arcada</i>	86,75	63,25	150,00
35	0206019006	Tomografia total dupla (maxila e mandíbula) (odonto)	86,75	208,25	295,00
35	0206019007	Tomografia Computadorizada (odonto) – <i>Cone Beam</i> por região mais de 2(dois) elementos dental em lados opostos do hemiarco.	86,75	88,25	175,00
01	0203029008	Biópsia de tecidos moles <i>(tecidos moles em recipiente específico embebido em formol). Realização do Exame anatomopatológico e Laudo, por peça.</i>	0,00	40,78	40,78
01	0203029009	Biópsia de tecidos moles, <i>realizado por dentista patologista</i> . <i>(tecidos moles em recipiente específico embebido em formol). Realização do Exame anatomopatológico e Laudo, por peça e lâmina.</i>	40,78	209,22	250,00

- 1) Os atendimentos serão realizados, de forma futura e eventuais, em favor dos usuários do SUS habitantes dos municípios consorciados ao CONTRATANTE, conforme necessidades e disponibilidades financeiras de cada município consorciado;
- 2) O(s) serviço(s) será(ão) prestado(s) pela CONTRATADA, pessoa jurídica, nos termos de instrumento, por encaminhamento da Secretaria Municipal de Saúde dos municípios que integram o CISAMREC, através da Guia de Requisição de Consulta e Procedimentos Especializados e encaminhamento médico, devidamente autorizada pelo município correspondente, aos pacientes;
- 3) Os serviços credenciados deverão ser prestados em estabelecimento próprio (consultórios, clínicas e hospitais) da CONTRATADA pessoa jurídica e sob sua única e exclusiva responsabilidade;
- 4) Excepcionalmente, e eventualmente, considerando o quantitativo de procedimentos demandados represados, poderá a CONTRATADA, em comum acordo com o município consorciado, prestar os serviços fora do seu estabelecimento, sob sua responsabilidade e expensas. *CONSULTA E CONDICIONAMENTO CLÍNICO: O condicionamento da criança quanto ao exame físico específico baseia-se no seu bem estar. Deverão ser avaliados o tipo de comportamento, a ansiedade da criança, a idade, a variação de personalidade e a atitude dos pais em relação ao tratamento. O reforço dos pais deve ser sempre positivo, isto é, amplificando os ganhos que a criança receberá com o tratamento.

Criciúma, SC, 13/12/2023



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA AMREC - CISAMREC

Av. Santos Dumont, 1980 – sl 01A (piso Térreo e Superior) - Bairro São Luiz - 88.803-200 - Criciúma (SC)

Fone: (48) 3045-3192 - cisamrec@cisamrec.sc.gov.br

CNPJ: 13.791.885/0001-36 - CNES: 7363443

