



## MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL PLAN-ASSISTE

RESOLUÇÃO PLAN-ASSISTE Nº 7, DE 17 DE NOVEMBRO DE 1994

Institucionaliza os procedimentos e rotinas para a Assistência odontológica e cria a Tabela Odontológica Plan-Assiste - TOPA

O Presidente do Conselho Deliberativo do Plano de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União - PLAN- ASSISTE, “ad referendum”, tendo em vista o disposto no art. 60, item 3, de seu Regulamento Geral, instituído pela [Portaria nº 591, de 18 de dezembro de 1992](#) e alterado pela Resolução 001, de 13 de abril de 1993, resolve:

Art. 1º - Implantar, a partir de 18 de novembro de 1994, a primeira etapa da Assistência Odontológica do Plan-Assiste, conforme estipulado no art. 4 da [Resolução nº 005, de 30 de maio de 1994](#), observados os procedimentos descritos no Manual de Procedimentos e Rotinas da Assistência Odontológica e os valores estabelecidos na Tabela Odontológica Plan-Assiste-TOPA.

Art. 2º - Fica estabelecido o valor de R\$ 0,16 para a Unidade de Serviço Odontológico-USO, valor este que deverá ser revisado, no mínimo, anualmente por Comissão constituída pelos Diretores-Executivos do Plan-Assiste do Ministério Público Federal, Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Militar e Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e por profissional da área odontológica do Serviço de Assistência Médica e Social do Ministério Público Federal.

ARISTIDES JUNQUEIRA ALVARENGA  
Procurador-Geral da República

Este texto não substitui o [publicado no BSMPE, Brasília, DF, nov. 1994, p. 2](#)

MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO  
PLANO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
PLAN - ASSISTE

TABELA ODONTOLÓGICA  
PLAN-ASSISTE

**MPF**  
**Ministério Público Federal**

Vigência: a partir de novembro/94

## APRESENTAÇÃO

A presente tabela contempla todos os serviços e procedimentos odontológicos passíveis de cobertura pelo Plano de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União - PLAN-ASSISTE na primeira etapa de implantação da assistência odontológica.

Sua aplicação, tanto para os atendimentos realizados através da rede credenciada, quanto para os reembolsos de despesas relativas a atendimento por profissionais ou instituições não credenciados, está sujeita às disposições gerais e específicas de cada capítulo da tabela, ao Regulamento Geral do Plan-Assiste e à regulamentação específica da assistência odontológica.

### DISPOSIÇÕES GERAIS

1 - A concessão de benefícios relativos a serviços odontológicos será efetuada com base nesta tabela.

2 - A Unidade de Serviço Odontológico (USO) prevista esta tabela, terá seu valor fixado pelo Comitê de Coordenação do Plan-Assiste e será idêntico para todo o Ministério Público da União.

3 - Para concessão de benefício relativo a eventos não constantes desta tabela, o assunto deverá ser submetido à Administração do Plan-Assiste, acompanhado de parecer do dentista que permita a avaliação do custo do evento e justifique sua aprovação pelo Plan-Assiste e consequente inclusão na tabela, se for o caso.

4 - Independente do valor do tratamento, poderá o Plan-Assiste, a seu critério exclusivo, determinar a realização de perícias.

5 - No regime de credenciamento, todo e qualquer atendimento far-se-á mediante apresentação obrigatória de Carteira Plan-Assiste e de documento de identificação do beneficiário do Plano. A exceção de atendimentos de emergência, é obrigatória, também, a apresentação da "Guia de Encaminhamento", que no caso citado, será encaminhada posteriormente. O Plan-Assiste não se responsabiliza por despesas relativas a procedimentos efetuados de maneira diferente da citada acima.

6 - Para a realização de tratamentos, o profissional deverá, previamente, elaborar orçamento odontológico, em odontograma do Plano, onde serão especificados os trabalhos a serem executados, o código dos eventos, a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico (no caso de credenciados), dente e região, a duração provável do tratamento. Os orçamentos deverão ter sempre prévia autorização do Plan-Assiste.

7 - As sugestões do perito devem ser acatadas. Se o profissional executante discordar deve fazê-lo por escrito e submeter o procedimento a nova avaliação pericial.

8 - Na hipótese de atendimento em regime hospitalar, o tratamento será abonado de acordo com esta tabela, acrescido de 100% do valor do evento executado, se o paciente ocupar instalação individual.

9 - Nos casos previstos no item anterior, os honorários do instrumentador, do auxiliar odontólogo e do anestesista, serão proporcionais a 10, 30 e 40% respectivamente, ao valor pago ao cirurgião.

10 - No atendimento de pessoas com necessidades especiais (excepcionais), havendo a necessidade de internação ou intervenção de anestesista, aplicar-se-á mesma regra do regime hospitalar especificada nos itens 7 e 8 retro.

11 - É vedado ao credenciado, sob pena de descredenciamento imediato, cobrar honorários, a qualquer título, diretamente dos beneficiários do Plan-Assiste, por serviços que lhes prestar.

12 - A cobrança do tratamento odontológico somente será efetuada para tratamentos concluídos, com a assinatura do beneficiário e/ou perito no orçamento odontológico.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
0.1.	ATENDIMENTO INICIAL DIAGNOSTICO	
0.1.00	EXAME CLÍNICO	
0.1.10	CONSULTA INICIAL	130
0.1.15	URGÊNCIA EM HORÁRIO NORMAL	130
0.1.20	URGÊNCIA NOTURNA	195
0.1.30	PERÍCIA INICIAL E FINAL	100
0.1.40	CONSULTA (FLTA. NÃO JUSTIF.)	130

#### OBSERVAÇÕES

1 - Considera-se consulta inicial o primeiro atendimento para exame, diagnóstico, preenchimento de orçamento, fichas e documentos.

2 - Considera-se consulta de emergência a todo atendimento que não constitua em passo intermediário e/ou final de tratamento iniciado pelo próprio dentista que estiver prestando esse atendimento, como odontalgias, hemorragias e alveolites, drenagem de abscessos, cimentação de coroas e pontes. O atendimento de emergência inclui todos os procedimentos que se fizerem necessários à solução do caso que motivou o atendimento e deverá ser devidamente justificado, através de laudo circunstanciado.

3 - Considera-se emergência noturna: domingo, sábado e feriados, sempre e quando este horário não se encontre no fixado pelo profissional.

4 - Nos atendimentos de emergência noturna. O profissional poderá optar pela cobrança do valor estipulado para esse evento ou pela cobrança dos eventos realizados acrescidos de 30%.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
0.2	RADIOLOGIA	
O. 2.10	Rx PERIAPICAL	25
0.2.20	Rx BITE-WING (INTERPROXIMAL)	25
0.2.30	Rx OCLUSAL	58
0.2. 0	Rx POSTERO-ANTERIOR	125
0.2.50	Rx DA ATM-SERIE COMPLETA (3 INCIDENCIAS)	277
0.2.60	Rx PANORÂMICA	130
0.2.70	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO	178
0.2.80	TELERRADIOGRAFIA S/ TRAÇADO	125
0.2.90	Rx DA MÃO (CARPAL)	151
0.3.00	MODELOS ORTODONTICOS (PAR)	148
0.3.10	SLIDES (UNIDADE)	26
0.3.20	FOTOS (UNIDADE)	27

#### OBSERVAÇÃO

1 - Os procedimentos radiológicos serão pagos na tabela da Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos da Associação Brasileira de Odontologia.

2 - A radiografia pós extração de dentes inclusos deve ser a periapical (cod. 0.2.10)

3 - As radiografias necessárias para o planejamento do tratamento deverão ser solicitadas à uma clínica radiológica, em receituário próprio, indicando dentes/região e número de películas radiográficas.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
0.4	TESTE E EXAMES DE LABORATÓRIO	
0.4.10	TESTE DE RISCO DE CÁRIE	100
0.4.20	TESTE DE FLUXO SALIVAR	100
0.5	PREVENÇÃO	
0.5.10	PROFILAXIA (POLIMENTO CORONÁRIO-QUATRO HEMIARCADAS)	135
0.5.20	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL E DIETA ALIMENTAR	84
0.5.30	APLICAÇÃO DE FLUOR (EXCL. PROFILAXIA)	75
0.5.40	CONTROLE DE PLACA BACTERIANA (SESSÃO)	73
0.5.50	TRATAMENTO DE GENGIVITE (DUAS HEMIARCADAS)	175

#### OBSERVAÇÕES

1 - Os laudos dos testes laboratoriais devem enviados ao Plan-Assiste.

2 - A aplicação tópica de flúor será admitida com espaço mínimo de 6 meses entre uma aplicação e outra. Exceto para o paciente em tratamento ortodôntico, ou que após avaliação e justificativa do odontopediatra, apresente alto risco de cárie, o intervalo será reduzido para 3 (três) meses.

3 - A orientação de higiene oral e dieta alimentar somente serão liberadas para os odontopediatras e periodontistas uma a cada 6 meses.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
1.0	ODONTOPEDIATRIA	
1.0.10	APLIC. TÓPICA DE FLÚOR (4 HEMI ARCADAS)	88
1.0.20	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR ELEMENTO)	82
1.0.30	APLICAÇÃO DE SELANTE (TÉCNICA INVASIVA- POR ELEMENTO)	102
1.0.40	APLIC. DE CARIOSTÁTICO (4 HEMI ARCADAS)	77
1.0.50	REMINERALIZAÇÃO (FLUORTERAPIA -POR SESSÃO (4 HEMI ARCADAS)	298
1.0.60	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL COM IONOMERO DE	160

	VIDRO (POR HEMI ARCADA)	
1.0.70	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL COM IRM (POR HEMI ARCADA)	138
1.0.80	RESTAURAÇÃO C/ IONÔMERO DE VIDRO (1 FACE)	147
1.0.90	RESTAURAÇÃO PREVENTIVA (IONÔMERO+SELANTE)	125
1.1.00	COROA DE AÇO	222
1.1.10	CAPEAMENTO PULPAR EM DECÍDUOS	144
1.1.20	PULPOTOMIA	178
1.1.30	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DECÍDUOS	210
1.1.40	EXODONTIA DE DECIDUOS	108
1.1.50	MANTENEDOR DE ESPAÇO (FIXO OU REMOVÍVEL)	350
1.1.60	PLACA DE MORDIDA	449
1.1.70	PLANO INCLINADO	395
1.1.80	CONDICIONAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA – POR SESSÃO (MÁXIMO DE 2 SESSÕES)	130
1.1.90	ULOTOMIA	179
1.2.00	ULECTOMIA	163

#### OBSERVAÇÕES

1 - A aplicação tópica de flúor será admitida com espaço mínimo de 6 meses entre uma aplicação e outra. Exceto para o paciente em tratamento ortodôntico, ou que após avaliação e justificativa do odontopediatra, apresente alto risco de cárie, o intervalo será reduzido para 3 (três) meses.

2 - As restaurações seguem as mesmas regras da dentística.

3 - O condicionamento e adaptação da criança ao tratamento odontológico será reservado aos casos de extrema necessidade.

4 - Os selantes deverão ter garantia de 1 (um) ano e não serão permitidos para pacientes acima de 14 anos, exceto para sisos e com aprovação de perícia inicial.

5 - A remineralização consiste no mínimo 4 sessões de fluoroterapia, e será necessária justificativa do profissional no orçamento.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
2.0	DENTÍSTICA	
2.0.00	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA-1 FACE	117

2.0.10	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA-2 FACES	144
2.0.20	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA-3 FACES	166
2.0.30	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA-4 FACES	214
2.0.40	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA PIM	237
2.0.50	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE I. V E VI	139
2.0.50	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE III	149
2.0.70	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE IV E II	210
2.0.80	FACETA EM RENIA	239
2.0.90	RESINA COMPOSTA – 1 FACE	100
2.1.00	RESINA COMPOSTA – 2 FACES	120
2.1.10	RESINA COMPOSTA – 3 FACES	150
2.1.20	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO – IONÔMERO DE VIDRO	238
2.1.30	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO – RESINA	151
2.1.40	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO – AMÁLGAMA	151
2.1.50	DESGASTE SELETIVO (4 HEMI ARCADAS)	118
2.1.60	PINOS DE RETENÇÃO (EXCL. A RESTAURAÇÃO)	19

#### OBSERVAÇÕES

1 - As restaurações, em qualquer material, deverão ter garantia mínima de 1 ano.

2 - Restaurações realizadas com resinas fotopolimerizável em pré-molares e molares devem ser executadas em material próprio para posteriores, e são restritas a casos com indicação específica, que comprometam estética e os pacientes sejam de baixo risco de cárie.

3 - Nas restaurações em amálgama e resinas estão inclusos os forramentos necessárias.

4 - Restaurações temporárias só serão pagas quando for comprovada a sua real necessidade, após um capeamento e como curativo de demora.

5 - Cimento de iômero de vidro só será considerando em erosões serviciais, restauração de decíduos e núcleo de preenchimento.

CÓDIGO      PROCEDIMENTO

3.0            ENDODONTIA

---



3.0.10	TRATAMENTO ENDODONTIC0-01 CONDUTO	377
3.0.20	TRATAMENTO ENDODONTIC0-02 CONDUTOS	523
3.0.30	TRATAMENTO ENDODONTIC0-03 CONDUTOS	737
3.0.40	TRATAMENTO ENDODONTIC0-04 CONDUTOS	812
3.0.50	RETRATAMENTO ENDODONTIC0-01 CONDUTO	462
3.0.60	RETRATAMENTO ENDODONTIC0-02 CONDUTOS	538
3.0.70	RETRATAMENTO ENDODONTIC0-03 CONDUTOS	1010
3.0.80	RETRATAMENTO ENDODONTIC0-04 CONDUTOS	1089
3.0.90	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO	240
3.1.00	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARADICULAR	166
3.1.10	CAPEAMENTO PULPAR (EXCL. REST. FINAL)	172
3.1.20	PULPOTOMIA	176
3.1.30	CLAREAMENTO OU RECROMIA (P/ ELEMENTO)	254
3.1.40	PREPARO P/ NÚCLEO INTRA RADICULAR	95
3.1.50	TRATAMENTO DE DENTES COM RIZOGEMES IN-COMPLETA (POR SESSÃO)	100

### OBSERVAÇÕES

- 1 - As dotações previstas para os tratamentos endodônticos incluem o custo das radiografias periapicais realizadas durante o tratamento, bem como a drenagem de abscesso via canal que não poderá ser enquadrada em qualquer outro código desta tabela, exceto em casos de emergência.
- 2 - Tanto para a pulpotomia como para tratamento de canal é obrigatória a apresentação de radiografia de diagnóstico bem como a radiografia final, sem as quais o tratamento não terá a aprovação na perícia final.
- 3 - Os tratamentos endodônticos deverão ter garantia mínima de 2 anos. Nos dentes que já apresentam lesões periapicais, o profissional deverá fazer observação em ficha e orientar o paciente da necessidade de controle radiográfico e possível cirurgia pararendodôntica.
- 4 - O clareamento só poderá ser realizado em dentes anteriores.
- 5 - Capeamento direto só será abonado quando houver exposição pulpar, como curativo de demora para definir a necessidade ou não do tratamento endodôntico para crianças e adolescentes.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
4.0	PERIODONTIA	
4.0.00	TRATAMENTO N/ CIRÚRGICO DA PERIODONDITE LEVE (POR HEMIARCADA)	
4.0.10	TRATAMENTO N/ CIRÚRGICO DA PERIODONDITE AVANÇADA (POR SEGMENTO)	
4.0.20	TRATAMENTO DE PROCESSO AGUDO (POR ELEMENTO)	
4.0.30	CONTROLE DE PLACA BACTERIANA POR SESSÃO	
4.0.40	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA POR SEGMENTO	
4.0.50	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA C/ RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL (3 DENTES)	
4.0.60	DESGASTE SELETIVO (4 HEMIARCADAS)	
4.0.70	REMOÇÃO DE FATORES DE RETENÇÃO	
4.0.80	PLACA DE MORDIDA MIORELAXANTE	
4.0.90	PROSERVAÇÃO PRÉ-CIRURGICA	
4.1.00	GENGIVECTOMIA POR SEGMENTO	
4.1.10	CIRURGIA RETALHO POR SEGMENTO	
4.1.20	SEPULTAMENTO RADICULAR POR RAIZ	
4.1.30	CUNHA DISTAL	
4.1.40	EXTENSÃO DE VESTÍBULO POR SEGMENTO	
4.1.50	ENXERTO PEDICULADO POR ELEMENTO	
4.1.60	ENXERTO LIVRE POR ELEMENTO	
4.1.70	FRENECTOMIA	
4.1.80	BRIDECTOMIA	
4.1.90	ODONTO-SECÇÃO-POR ELEMENTO	
4.2.00	AMPUTAÇÃO RADICULAR S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA POR RAIZ	
4.2.10	AMPUTAÇÃO RADICULAR C/ OBTURAÇÃO RETROGRADA POR RAIZ	
4.2.20	MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO	

#### OBSERVAÇÕES

1 - Os itens constantes da especialidade de periodontia são de uso exclusivo do periodontista.

- 2 Não será abonada para uma mesma região, raspagem de cálculo supragengival e subgengival concomitantemente.
- 3 - A curetagem gengival e gengivectomia só serão abonadas quando houver bolsa periodontal com o comprometimento dos tecidos moles adjacentes.
- 4 - No controle da placa, devem ser observadas técnicas de escovação, motivação do paciente, uso de fio dental e evidenciador de placa.
- 5 - Para a autorização de nova sessão de controle de placa, deverá ser observado o prazo mínimo de 3 (três) meses a contar da realização da última.
- 6 - Por segmento ou área compreende-se: de canino a canino ou de primeiros pré-molares a terceiros pré-molares.
- 7 - Nas intervenções cirúrgicas periodontais já estão incluídos a troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós-cirúrgicos.
- 8 - Serão exigidos laudos especializados para a autorização da confecção de placa miorelaxante como também na imobilização de dentes.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
6.0	CIRURGIA (EXODONTIA)	
6.0.10	EXODONTIA	179
6.0.20	EXODONTIA + RETALHO	210
6.0.30	EXODONTIA – RAIZ REDISUAL	179
6.2.00	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS OU IMPACTADOS	453

#### OBSERVAÇÕES

- 1 - O orçamento referente a qualquer ato cirúrgico deverá ser acompanhado de radiografia inicial e a concessão do benefício está condicionada à apresentação da radiografia final.
- 2 - Os custos das extrações dentárias incluem os eventuais tratamentos de alveolite, não podendo ser cobrados, portanto, pelo profissional que executou a cirurgia.