

**Tabela de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos do TRTer Saúde (TRT 3ª Região)**

DIAGNÓSTICO								
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
110	Consulta inicial	A consulta inicial faz parte do plano de tratamento e só deve ser cobrada separadamente quando não houver outros procedimentos a serem realizados. Consulta presencial, realizada no início do tratamento, que inclui as etapas de anamnese, exame clínico e radiográfico, elaboração do plano de tratamento odontológico (PTO), prescrições e orientações ao beneficiário sobre diagnóstico e prognóstico. Deve ser observado o intervalo de 6 meses em relação ao código 001.	Não	Sim	Não	Não	R\$ 75,00	6 meses (p/ o mesmo credenciado)
120	Consulta de urgência (sábado, domingo, feriado e atendimento noturno - 22:00 às 6:00).	Considera-se consulta de urgência aquela destinada ao atendimento que não pode ser adiado ou dividido, na qual são adotadas medidas rápidas e imediatas para os casos de: odontalgias, hemorragias, abscessos, alveolites, fraturas dentárias e ósseas, deslocamentos de próteses e de restaurações com comprometimento estético. Não é permitido ao mesmo credenciado cobrar consulta de urgência para a realização de: procedimentos que estejam em garantia; procedimentos que estejam autorizados em PTO em andamento; procedimentos relacionados a outros já aprovados em PTO em andamento.	Não	Sim	Inicial (se urgência endodôntica)	Sim (com horário do atendimento)	R\$ 100,00	Não
130	Consulta de urgência		Não	Sim	Inicial (se urgência endodôntica)	Sim	R\$ 80,00	Não
140	Falta não justificada	Consulta não desmarcada com pelo menos 6 horas de antecedência do horário agendado. Deve ser atestada pelo beneficiário no PTO.	Não	Sim	Não	Sim	R\$ 75,00	Não
001	Consulta para Exame Odontológico Periódico (de magistrados e servidores ativos)	Inclui exame clínico completo, preenchimento de todos os campos da Guia do Exame Odontológico Periódico e, quando for o caso, solicitação de exames complementares para diagnóstico e levantamento de necessidades. Deve ser observado o intervalo de 6 meses em relação ao código 110.	Não	Sim	Não	Sim (Guia totalmente preenchida)	R\$ 85,00	Anual
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA								
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
210	Radiografia Periapical	As solicitações de radiografias deverão ser emitidas por cirurgiões-dentistas com assinatura e carimbo, constando o(s) dente(s), tipo de radiografia e região a ser visualizada. Não serão aceitos pedidos rasurados. Quando for efetuada solicitação para série radiográfica completa, o limite máximo de radiografias inclui 14 periapicais e 4 interproximais. As películas radiográficas e as imagens enviadas por meio eletrônico para auditoria devem ser identificadas com o nome do paciente, nome do cirurgião-dentista e data de realização. As imagens devem ter boa nitidez, foco e contraste adequados, permitindo boa visualização para o diagnóstico. Todas as radiografias solicitadas devem ser apresentadas na auditoria final.	Não	Sim	Sim	Não	R\$ 14,00	Não
220	Radiografia Bite-Wing (interproximal) - 1 tomada		Não	Sim	Sim	Não	R\$ 14,00	Não
230	Radiografia oclusal		Não	Sim	Sim	Não	R\$ 30,00	Não
250	Radiografia da ATM série completa - 3 incidências		Não	Sim	Sim	Sim	R\$ 110,00	Não
260	Radiografia Panorâmica		Não	Sim	Sim	Não	R\$ 55,00	Não

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
270	Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam até 2 dentes	O dentista ou beneficiário deverá enviar para auditoria o Formulário de Autorização de Tomografia do TRTer Saúde preenchido de forma completa. O documento autorizado deverá ser apresentado no dia do exame. Para tratamento endodôntico poderá ser autorizado um único exame na fase de diagnóstico.	Sim	Sim	Sim (na auditoria final, se solicitado pelo auditor)	Formulário de autorização de tomografias	R\$ 220,00	Não
271	Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam até 4 dentes		Sim	Sim			R\$ 270,00	Não
272	Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam até 6 dentes		Sim	Sim			R\$ 320,00	Não
273	Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam Maxila ou Mandíbula Total		Sim	Sim			R\$ 350,00	Não
274	Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam da ATM 1 incidência		Sim	Sim			R\$ 220,00	Não
275	Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam da ATM 2 incidências		Sim	Sim			R\$ 350,00	Não
PREVENÇÃO								
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
510	Profilaxia	A profilaxia faz parte do plano de tratamento e só deve ser cobrada separadamente quando não houver outros procedimentos a serem realizados. Inclui polimento coronário, raspagem supragengival, evidenciação de placa, controle de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor e orientação sobre conceitos relativos à higiene oral, dieta, prevenção de doenças bucais e de hábitos nocivos e parafuncionais. O beneficiário está dispensado da auditoria inicial, porém, deve ser observado o intervalo mínimo de 06 (seis) meses, ressalvados os casos de necessidade devidamente confirmada em auditoria prévia.	Não	Sim	Não	Não	R\$ 150,00	6 meses

### DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL

1. Todos os ajustes necessários à adaptação inicial das placas estão incluídos no valor das mesmas.

2. Para casos de tratamento de DTM, poderá ser utilizado o código 110 para consultas, com intervalo mínimo de 1 (um) mês, até o limite máximo de 6 (seis) consultas. O dentista deverá enviar justificativa fundamentada, que será analisada pela auditoria.

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
610	Placa Interoclusal Acrílica	Deverá ser confeccionada em resina acrílica termopolimerizada e do tipo Michigan, cujas características estão amplamente difundidas na literatura. Caso haja a intenção de se utilizar outro tipo de placa, deverá ser enviada à auditoria inicial uma solicitação por escrito, acompanhada da literatura científica pertinente, ficando tal solicitação sujeita à aprovação pela auditoria.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 593,00	24 meses
620	Placa Reposicionadora Mandibular	Deverá ser confeccionada em resina acrílica termopolimerizada. Os ajustes estão incluídos.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 593,00	24 meses

### DENTÍSTICA

1.É obrigatório constar no PTO todas as faces envolvidas nas restaurações.

2.Não há cobertura para a troca de restaurações por motivos exclusivamente estéticos.

3.Para efeito de avaliação final dos tratamentos de Dentística serão consideradas as seguintes características: condensação, adaptação marginal, contorno, escultura, polimento, pontos de contato, remoção de excessos, ajuste oclusal do elemento em questão e seu antagonista, conforto do paciente e harmonia estética.

4. Estão incluídos nas restaurações em amálgama e resina os forramentos e polimentos necessários.

5. Não serão aceitas radiografias panorâmicas para fins de auditoria.

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
910	Restauração de amálgama 1 face	Nas restaurações em amálgama deverão ser consideradas as faces envolvidas, independentemente da quantidade de preparos.	Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 85,00	24 meses
920	Restauração de amálgama 2 faces		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 100,00	24 meses
930	Restauração de amálgama 3 faces		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 115,00	24 meses
940	Restauração de amálgama 4 faces		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 130,00	24 meses
951	Restauração com ionômero de vidro		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 80,00	24 meses

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
960	Restauração em resina fotopolimerizável classe I, III, IV, V, desgaste incisal e spot filling	O código 960 se refere às restaurações em resina composta para cavidades Classe I, III, IV e V, para desgastes incisais e cavidades tipo "spot filling" (proximal de posteriores), sendo pagas por preparo, limitados a dois por dente. <u>Necessidade não visualizada ao RAO x, faz-se necessário o envio de relatório com dados clínicos que justifiquem o procedimento proposto e ou fotografia bucal intrabucal esclarecedora</u> Caso haja 3 (três) ou mais preparos, os procedimentos serão enquadrados no código 961.	Sim	Sim	Inicial	<u>Siim</u>	R\$ 100,00	24 meses
961	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 ou mais preparos no mesmo dente		Sim	Sim	Inicial	<u>Sim</u>	R\$ 210,00	24 meses
980	Restauração em resina fotopolimerizável classe II	Restaurações ocluso-proximais.	Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 155,00	24 meses
990	Faceta em resina		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 165,00	24 meses
1030	Núcleo de preenchimento em iônomo de vidro, resina composta ou amálgama	Autorizados apenas para dentes com tratamento endodôntico que receberão restaurações indiretas (coroas, retentores de pontes fixas, RMF's, cerômeros) e com quantidade suficiente de remanescente dentinário.	Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 110,00	24 meses
1070	Pinos de retenção (excluindo a restauração)		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 12,00	24 meses
<b>ENDODONTIA</b>								
<p>1. Os tratamentos e retratamentos endodônticos têm sua autorização condicionada à avaliação do prognóstico do dente, considerando os aspectos periodontal e restauradores envolvidos na manutenção do mesmo.</p> <p>2. Todos os tratamentos e retratamentos endodônticos deverão ser realizados sob isolamento absoluto.</p> <p>3. Os equipamentos tecnológicos utilizados no tratamento e retratamento endodôntico, tais como microscópio e laser para PDT, não interferem no valor final dos procedimentos.</p> <p>4. Todas as radiografias necessárias para o tratamento endodôntico estão incluídas no valor final, exceto a que serve para diagnóstico, quando realizada pelo credenciado em seu consultório.</p> <p>5. Devem ser enviadas para a auditoria final as radiografias inicial e final do tratamento endodôntico, cartonadas ou por meio digital, identificadas e datadas.</p> <p>6. A auditoria final do tratamento endodôntico deverá ser realizada antes do início do procedimento restaurador.</p> <p>7. Na auditoria final serão avaliados os aspectos clínicos e radiográficos do tratamento, sendo que a obturação deve ser densa, seguir a anatomia dos canais radiculares e se estender até o ápice radiográfico ou aproximadamente 1mm aquém do mesmo. Qualquer resultado diferente deste deve ser justificado em relatório anexo ao PTO, para que seja analisado pela auditoria.</p> <p>8. Nos casos de auditoria apenas documental, é obrigatório o envio de relatório detalhado constando os dados clínicos que justifiquem a indicação do tratamento (dados de sintomatologia, testes de sensibilidade pulpar e outros), podendo ser solicitada a auditoria presencial, a critério da auditoria.</p> <p>9. Quaisquer fatos inesperados durante o tratamento endodôntico tais como fratura de instrumentos, extravasamento de material obturador e perfuração radicular, deverão ser objeto de relatório, no qual deve constar a ciência do paciente. É responsabilidade do profissional que realizou o tratamento fazer o controle com acompanhamento clínico e radiográfico do caso, assumindo o ônus dos atendimentos.</p>								

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
2010	Tratamento endodôntico incisivos e caninos	Em caso de tratamento endodôntico por finalidade protética, deve ser enviado relatório anexo ao PTO com justificativa e solicitação do protesista.	Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 230,00	24 meses
2020	Tratamento endodôntico pré-molares		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 310,00	24 meses
2040	Tratamento endodôntico molares		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 460,00	24 meses
2050	Retratamento endodôntico incisivos e caninos	Nos valores de retratamento endodôntico estão incluídas a desobstrução dos condutos e demais etapas do tratamento.	Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 295,00	24 meses
2060	Retratamento endodôntico pré-molares		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 385,00	24 meses
2080	Retratamento endodôntico molares	Nos valores de retratamento endodôntico estão incluídas a desobstrução dos condutos e demais etapas do tratamento.	Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 595,00	24 meses
2090	Tratamento de perfuração radicular (por dente)		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 165,00	24 meses
2100	Remoção de pino intrarradicular (por dente)	A remoção de cones de prata ou de instrumento fraturado está incluída neste item. Não autorizado para remoção de provisórias com pino ou restaurações metálicas com retenção na câmara pulpar.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 150,00	24 meses
2120	Pulpotomia/pulpectomia	A pulpectomia será autorizada em situações de urgência e somente quando realizada por profissional que não seja o responsável pelo tratamento endodôntico definitivo.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 95,00	Procedimento único
2130	Clareamento dental endógeno (por dente)	Autorizado para dentes anteriores ou pré-molares não vitais, com remanescente coronário suficiente para indicação do tratamento. Abrange todas as etapas, inclusive desobstrução parcial e selamento do conduto, bem como as sessões necessárias. O beneficiário deve ser esclarecido sobre os riscos e o prognóstico do tratamento. Na auditoria inicial será avaliada a qualidade do tratamento endodôntico como pré-requisito para autorização do procedimento.	Sim	Sim	Inicial (p/ avaliação do tratamento endodôntico)	Sim	R\$ 175,00	24 meses
2140	Preparo para pino intrarradicular (por dente)	O preparo para o pino deverá ter 2/3 ou no mínimo metade do comprimento entre a crista óssea alveolar e ápice radicular e devem ser preservados de 3 a 5 mm de obturação apical. Poderá ser realizado pelo profissional que executou o tratamento endodôntico, desde que solicitado pelo protesista ou pelo clínico.	Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 60,00	24 meses
2150	Tratamento de dentes com rizogênese incompleta (por sessão)		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 80,00	24 meses

PERIODONTIA								
1. Entende-se por segmento: Anterior (canino a canino), Posterior (pré-molares e molares).								
2. Nas intervenções cirúrgicas estão incluídas a troca de cimento cirúrgico, drenagem de abscessos e eventuais curativos pós operatórios.								
3. O beneficiário deverá ser encaminhado para auditoria final somente após a remoção do cimento cirúrgico e suturas.								
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
3020	Raspagem subgengival, alisamento/descontaminação radicular - por segmento	Deverá ser enviado para auditoria inicial periodontograma completo contendo os dados clínicos (profundidade de sondagem, sangramento e perda de inserção) de todos os dentes presentes na boca no momento do exame.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 65,00	6 meses
3050	Dessensibilização dentária (por segmento). Independente do número de sessões.	Permitido mediante justificativa e registro dos dentes envolvidos.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 25,00	6 meses
3060	Imobilização dentária com resina fotopolimerizável - área até 4 elementos	É obrigatório o envio de relatório com justificativa para o procedimento. Está dispensado de auditoria prévia em casos de urgência por traumatismo dentário.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 150,00	24 meses
3080	Remoção de fatores de retenção	Obrigatório o envio de justificativa e identificação dos fatores de retenção.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 60,00	24 meses
3110	Gengivectomia/ gengivoplastia (por segmento)		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 200,00	24 meses
3130	Sepultamento radicular (por raiz)		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 175,00	24 meses
3140	Cunha distal - mesial		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 175,00	24 meses
3150	Vestibuloplastia - por segmento		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 245,00	24 meses
3170	Enxerto autólogo livre de gengiva (por segmento)	Não permitida a cobrança concomitante com os códigos 3250, 3180 e 3190.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 290,00	24 meses
3172	Enxerto conjuntivo subepitelial (por segmento)	Não permitida a cobrança concomitante com os códigos 3250, 3180 e 3190.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 290,00	24 meses
3180	Frenectomia	Não permitida a cobrança concomitante com os códigos 3150, 3170 e 3172.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 180,00	24 meses
3190	Bridectomia		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 180,00	24 meses

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
3200	Cirurgia a retalho com hemisseção ou bissecção	Não permitida a cobrança concomitante com o código 3250.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 230,00	24 meses
3210	Cirurgia a retalho com amputação radicular (sem obturação retrógrada)	Não permitida a cobrança concomitante com o código 3250.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 230,00	24 meses
3220	Cirurgia a retalho com amputação radicular (com obturação retrógrada)	Não permitida a cobrança concomitante com o código 3250.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 242,00	24 meses
3240	Cirurgia a retalho (com ou sem osteoplastia) por segmento	Necessário o envio de periodontograma elaborado após, no mínimo, uma semana da realização das raspagens subgengivais (código 3020). Não permitida a cobrança concomitante com o código 3250.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 242,00	24 meses
3250	Deslize do retalho lateral, coronal ou apical	Não permitida a cobrança concomitante com os códigos 3170, 3172, 3200, 3210, 3220, 3240, 3260, 3290, 3300, 3310. Não autorizado no mesmo ato cirúrgico de exodontias.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 206,00	24 meses
3260	Aumento de coroa clínica (por área até 3 elementos)	Procedimento consiste na exposição da coroa dental, acompanhada do rebaixamento ósseo. Não aprovado concomitante com o código 3110. Não permitida a cobrança concomitante com o código 3250.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 226,00	24 meses
3290	Tratamento regenerativo com o uso de barreira	Não autorizado como cirurgia preparatória para reabilitação com implante. <u>Não autorizado no mesmo ato cirúrgico de exodontias.</u> Não permitido a cobrança concomitante com o código 3250.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 412,00	24 meses
3300	Tratamento regenerativo com enxerto de osso autógeno	Não autorizado como cirurgia preparatória para reabilitação com implante. Não permitida a cobrança concomitante com o código 3250.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 522,00	24 meses
3310	Tratamento regenerativo com materiais enxertantes	Não autorizada como cirurgia preparatória para reabilitação com implante. <u>Não autorizado no mesmo ato cirúrgico de exodontias.</u> Não permitida a cobrança concomitante com o código 3250.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 557,00	24 meses

## PRÓTESE DENTÁRIA

1. Não serão autorizadas trocas de trabalhos protéticos e restauradores por indicação exclusivamente estética.
2. Nos casos de prótese parcial removível e prótese total o beneficiário deverá ser encaminhado para auditoria final somente após o tempo mínimo de 1 (uma) semana de uso da prótese, com os ajustes realizados.
3. Nos casos de próteses unitárias e ponte fixas, a radiografia deverá ser do(s) dente(s) apto(s) a receber(em) o trabalho protético, e nos casos de próteses removíveis (PPR), radiografia dos dentes remanescentes/pilares (também aptos a receberem a prótese).
4. Para efeitos de avaliação final dos tratamentos de prótese serão consideradas as seguintes características: adaptação marginal, contorno, escultura, polimento, pontos de contato, remoção de excessos, ajuste oclusal do elemento em questão e seu antagonista, conforto do paciente e harmonia estética.
5. Não serão aceitas radiografias panorâmicas para fins de auditoria, exceto para os códigos 4010, 4290 e 4300.

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
4010	Planejamento em prótese-modelo de estudo montado em articulador semi-ajustável	Permitido nos casos complexos envolvendo próteses extensas, reabilitação oral e concomitante aos códigos 610 e 620. Se caracteriza por montagem de modelos de estudo em articulador semi-ajustável para análise oclusal. Não se aplica para modelos de trabalho.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 106,00	24 meses
4020	Remoção de restaurações metálicas fundidas e coroas totais <u>metálicas e metalocerâmicas</u>		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 50,00	Procedimento único
4030	Ajuste oclusal por desgaste	Ajustes realizados nas superfícies dentárias. Não se aplica aos ajustes realizados nas placas oclusais. É obrigatória a apresentação, junto ao PTO, de justificativa fundamentada para a execução do procedimento, a ser analisada pela auditoria. Máximo 2 sessões.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 70,00	24 meses
4040	Restauração metálica fundida		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 482,00	24 meses
4051	Restauração em cerômero - inlay ou onlay		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 553,00	24 meses
4060	Restauração em porcelana - inlay ou onlay		<u>Sim</u>	<u>Sim</u>	Inicial	<u>Sim</u>	R\$ 750,00	24 meses
4070	<u>Recimentação definitiva de trabalhos protéticos</u>	<u>Não permitido dentro do período de garantia com o dentista executor do trabalho protético. Pago por procedimento de recimentação. Não contempla refixação provisória de coroas e trabalhos protéticos, apenas a cimentação definitiva de um trabalho feito anteriormente.</u>	<u>Não</u>	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>Sim</u>	<u>R\$ 70,00</u>	<u>24 meses</u>
4080	Núcleo metálico fundido		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Não	R\$ 266,00	24 meses
4081	Pino intra canal pré-fabricado (metal ou fibra)	Meio de retenção para núcleo de preenchimento, independente do número de unidades.	Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Não	R\$ 90,00	24 meses



Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
4088	Provisória para coroas parciais, restaurações metálicas fundidas ou restaurações estéticas indiretas	Não serão pagas repetições ou refixações de restaurações provisórias ao profissional responsável pelo tratamento. Para o código 4100 é obrigatória a apresentação junto ao PTO de justificativa fundamentada para a execução do procedimento, a ser analisada pela auditoria.	Sim	Sim	Não	Não	R\$ 100,00	24 meses
4090	Provisória para coroa total unitária e retentores/pênticos de prótese fixa múltipla		Sim	Sim	Não	Não	R\$ 140,00	24 meses
4100	Provisória para coroa total prensada em resina acrílica termopolimerizada		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 216,00	24 meses
4120	Provisória para coroa implanto suportada (componentes incluídos)		Sim	Sim	Inicial (implante)	Não	R\$ 216,00	24 meses
4130	Coroa Total em Cerâmica Pura		Sim	sim	Inicial (Periapical)	sim	R\$ 955,00	24 meses
4140	Coroa Metalocerâmica		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 955,00	24 meses
4150	Coroa de Veneer		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 532,00	24 meses
4160	Coroa Total Metálica		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 512,00	24 meses
4170	Coroa 4/5		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 492,00	24 meses

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
4190	Prótese Fixa Múltipla Metalocerâmica (por elemento estético)	Próteses fixas serão pagas por elemento, levando-se em consideração o tipo de preparo e o material utilizado para cada elemento.	Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 1.005,00	24 meses
4191	Prótese fixa múltipla metalocerâmica, por elemento não estético (retentor tipo coroa total metálica, 4/5 ou MOD onlay)		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 743,00	24 meses
4200	prótese fixa metaloplástica, por elemento estético		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 642,00	24 meses
4201	prótese fixa metaloplástica, por elemento não estético (retentor tipo coroa total metálica, 4/5 ou MOD onlay)		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 603,00	24 meses
4210	prótese fixa adesiva direta	É aprovada em caráter provisório, não sendo pagas consultas para refixação.	Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 262,00	24 meses
4240	prótese parcial removível provisória em resina acrílica, com ou sem grampo		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 482,00	24 meses
4250	prótese parcial removível c/ grampos bilateral		Sim	Sim	Inicial (Periapical dos dentes pilares)	Sim	R\$ 1.205,00	24 meses
4260	prótese parcial removível p/ encaixes		Sim	Sim		Sim	R\$ 1.346,00	24 meses
4270	encaixe macho e fêmea (attachment)	Refere-se a sistema macho/fêmea pré-fabricado ou encaixe de precisão indicado para casos de próteses fixas múltiplas como suporte de próteses removíveis (de encaixe). Deve estar incluído e fundido junto às estruturas metálicas, podendo ser intra ou extra coronário.	Sim	Sim		Sim	R\$ 522,00	24 meses
4271	encaixe macho e fêmea (fresado)	Refere-se a sistema macho /fêmea fresado, indicado para casos de próteses fixas como suporte de próteses removíveis com encaixe de semi-precisão. Deve ser fresado na estrutura da prótese fixa e apresentar o correspondente macho na prótese removível.	Sim	Sim		Sim	R\$ 252,00	24 meses

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
4280	reembasamento prótese removível, prensado com resina acrílica termopolimerizável	Permitido após no mínimo 3 (três) meses da instalação da prótese.	Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 240,00	24 meses
4290	prótese total	Autorizado com o intervalo mínimo de 90 dias após a instalação da prótese imediata. O beneficiário deverá ser encaminhado para a auditoria final após o tempo mínimo de 1 (uma) semana de uso da prótese, com os ajustes realizados.	Sim	Sim	Inicial (Panorâmica)	Sim	R\$ 1.288,00	24 meses
4300	prótese total caracterizada		Sim	Sim		Sim	R\$ 1.700,00	24 meses
4310	prótese total imediata, incluindo reembasamentos	O beneficiário deverá ser encaminhado para a auditoria final com os ajustes realizados.	Sim	Sim		Sim	R\$ 1.105,00	24 meses
4320	reembasamento prótese total ou parcial, a frio	Procedimento único. Indicado para prótese total imediata, quando necessário.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 100,00	24 meses
4340	ponto de solda	Poderão ser autorizados em número de (n-1), onde n é o número de pilares da ponte fixa.	Sim	Sim	Sim	Não	R\$ 130,00	24 meses
4350	guia cirúrgico p/ prótese imediata	Não se aplica como guia para colocação de implantes.	Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 200,00	24 meses
4370	jig ou front-platô		Sim	Sim	Não	Não	R\$ 50,00	24 meses
4380	conserto em prótese total ou parcial, inclusive substituição de dentes	Não autorizado dentro do intervalo mínimo para repetição para o profissional que executou a prótese.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 120,00	24 meses
4400	prótese total sobre implante ("Over Denture") unitária	Não será autorizada a carga imediata sobre implantes, isto é, instalação de prótese definitiva imediatamente após a instalação dos implantes. Os componentes estão incluídos no valor do procedimento.	Sim	Sim	Inicial (implante)	Não	R\$ 2.410,00	24 meses
4410	prótese total sobre implantes tipo protocolo (por retentor)	Não será autorizada a carga imediata sobre implantes, isto é, instalação de prótese definitiva imediatamente após a instalação dos implantes. Os componentes estão incluídos no valor do procedimento.	Sim	Sim	Inicial (implante)	Não	R\$ 1.507,00	24 meses
4420	coroa unitária ou retentor de prótese fixa múltipla implanto suportado	Não será autorizada a carga imediata sobre implantes, isto é, instalação de prótese definitiva imediatamente após a instalação dos implantes. Os componentes estão incluídos no valor do procedimento.	Sim	Sim	Inicial (implante)	Sim	R\$ 1.265,00	24 meses

### CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAIS e ESTOMATOLOGIA

1. Os tratamentos de complicações pós-cirúrgicas estão incluídos nos custos dos procedimentos e são de responsabilidade do profissional que os realizou.

2. Nas intervenções cirúrgicas estão incluídas a troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós operatórios.

3. O beneficiário deverá ser encaminhado para auditoria final somente após a remoção do cimento cirúrgico e suturas.

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
5010	exodontia	Para dentes permanentes com prognóstico desfavorável. Já incluída remoção de suturas e alveoloplastia, se indicada. Para os casos de indicação ortodôntica é obrigatório o envio da solicitação para auditoria.	Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 120,00	Procedimento único
5020	exodontia + retalho	Para dentes permanentes com coroas e/ou raízes fraturadas ou fragilizadas, dentes anquilosados não inclusos, dentes com raízes com hipercementose, em contato com o seio maxilar, raízes amplamente divergentes e com curvaturas acentuadas. Presença de osso alveolar espesso ou denso, ou nos casos de acidentes trans operatórios na exodontia alveolar. Já incluída remoção de suturas e alveoloplastia, se indicada.	Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 135,00	Procedimento único
5040	alveoloplastia (por segmento)		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 201,00	24 meses
5050	ulotomia	<u>Nao se refere a reabertura de implantes</u>	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 98,00	24 meses
5060	biópsia de cavidade bucal		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 201,00	24 meses
5070	sulcoplastia por arcada		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 180,00	24 meses
5080	cirurgia para torus palatino		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 170,00	24 meses
5090	cirurgia para torus unilateral		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 140,00	24 meses
5100	cirurgia para torus mandibular bilateral		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 210,00	24 meses
5110	apicetomia uniradicular		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 220,00	24 meses
5120	apicetomia uniradicular com obturação retrógada		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 250,00	24 meses
5130	apicetomia biradicular		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 256,00	24 meses
5140	apicetomia biradicular com obturação retrógada		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 290,00	24 meses

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
5150	apicetomia triradicular		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 320,00	24 meses
5160	apicetomia triradicular com obturação retrógrada		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 356,00	24 meses
5170	frenectomia labial superior		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 180,00	24 meses
5180	frenectomia lingual		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 180,00	24 meses
5190	correção de bridas musculares		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 170,00	24 meses
5200	remoção de dentes inclusos ou impactados		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 316,00	Procedimento único
5210	cirurgia de osteoma e odontoma		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 220,00	Procedimento único
5220	cirurgia de cisto de desenvolvimento		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 254,00	Procedimento único
5230	marzupialização de cisto		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 240,00	Procedimento único
5240	remoção de corpo estranho no seio maxilar		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 240,00	Procedimento único
5250	sinusotomia		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 330,00	Procedimento único
5260	tratamento cirúrgico de fístula buco-sinusal ou buco-nasal com retalho		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 250,00	Procedimento único
5270	excisão de glândula sublingual		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 524,00	Procedimento único
5280	excisão de glândula submandibular		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 524,00	Procedimento único
5290	excisão de glândula parótida		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 828,00	Procedimento único
5300	excisão de rânula		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 416,00	Procedimento único
5310	excisão de tumor glândula salivar		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 524,00	Procedimento único

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
5320	retirada de cálculo salivar		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 220,00	Procedimento único
5330	plastia do canal de stemon		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 482,00	Procedimento único
5340	excisão de mucocoele		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 150,00	Procedimento único
5350	palentolabiolastia bilateral		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 572,00	Procedimento único
5360	tratamento cirúrgico do lábio leporino		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 497,00	Procedimento único
5370	reconstrução parcial do lábio traumatizado		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 492,00	Procedimento único
5380	reconstrução total de lábio traumatizado		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 683,00	Procedimento único
5390	redução cirúrgica de luxação de ATM		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 482,00	Procedimento único
5400	tratamento cirúrgico para anquilose de ATM (p/lado)		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 622,00	Procedimento único
5410	tratamento cirúrgico para osteomielite dos ossos da face		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 563,00	Procedimento único
5420	excisão de sutura de lesão da boca com rotação de retalho		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 372,00	Procedimento único
5430	suturas simples de face		Não	Sim	Não	Sim	R\$ 106,00	Procedimento único
5440	suturas múltiplas de face		Não	Sim	Não	Sim	R\$ 155,00	Procedimento único
5450	incisão de drenagem de abscesso extra-oral		Não	Sim	Não	Sim	R\$ 95,00	Procedimento único
5460	maxilectomia com ou sem esvaziamento orbitário		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 623,00	Procedimento único
5470	osteotomia e osteoplastia de mandíbula para prognatismo		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 843,00	Procedimento único

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
5480	osteotomia e osteoplastia de mandíbula para micrognatismo		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 794,00	Procedimento único
5490	osteotomia e osteoplastia de mandíbula para laterognatismo		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 794,00	Procedimento único
5500	osteotomia osteoplastia de maxila tipo le fort I		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 690,00	Procedimento único
5510	osteotomia osteoplastia de maxila tipo le fort II		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 883,00	Procedimento único
5520	osteotomia osteoplastia e maxila tipo le fort III		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 1.070,00	Procedimento único
5530	reconstrução total de mandíbula com enxerto ósseo ou prótese		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 975,00	Procedimento único
5540	reconstrução parcial de mandíbula com enxerto ósseo ou prótese		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 778,00	Procedimento único
5550	reconstrução de sulco gengivo-labial		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 240,00	Procedimento único
5560	excisão em cunha de lábio e sutura		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 165,00	Procedimento único
5570	cirurgia de hipertrofia do lábio		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 364,00	Procedimento único
5580	cirurgia para microstomia		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 607,00	Procedimento único
5590	redução de fratura de ossos próprios do nariz		Não	Sim	Sim	Sim	R\$ 608,00	Procedimento único
5600	redução incruenta de fratura unilateral de mandíbula		Não	Sim	Sim	Sim	R\$ 312,00	Procedimento único
5610	redução cruenta de fratura unilateral de mandíbula		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 518,00	Procedimento único
5620	redução incruenta de fratura bilateral de mandíbula		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 375,00	Procedimento único

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
5630	redução cruenta de fratura bilateral de mandíbula		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 764,00	Procedimento único
5640	redução cruenta de fratura cominutiva de mandíbula		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 848,00	Procedimento único
5650	redução de fratura de côndilo mandibular		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 638,00	Procedimento único
5660	fraturas alvéolo-dentárias-redução cruenta		Não	Sim	Sim	Sim	R\$ 220,00	Procedimento único
5670	fraturas alvéolo-dentárias-redução incruenta		Não	Sim	Sim	Sim	R\$ 120,00	Procedimento único
5680	reimplante de dente por elemento	Procedimento de urgência. Esta incluída a imobilização.	Não	Sim	Não	Sim	R\$ 240,00	Procedimento único
5690	redução incruenta de fratura le fort I		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 352,00	Procedimento único
5700	redução incruenta de fratura le fort II		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 420,00	Procedimento único
5710	redução incruenta de fratura le fort III		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 585,00	Procedimento único
5720	redução cruenta de fratura le fort I		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 613,00	Procedimento único
5730	redução cruenta de fratura le fort II		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 794,00	Procedimento único
5740	redução cruenta de fratura le fort III		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 903,00	Procedimento único
5750	fraturas complexas segmento fixo da face		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 573,00	Procedimento único
5760	fraturas complexas segmento da face com fixação pericraniana		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 723,00	Procedimento único
5770	fratura arco zigomático redução cirúrgica sem fixação		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 486,00	Procedimento único



Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
5780	fratura de osso zigomático redução cirúrgica e fixação		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 613,00	Procedimento único
5790	osteoplastia zigomática maxilar		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 548,00	Procedimento único
5800	retirada de fios intra ou trans - ósseo		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 70,00	Procedimento único
5810	retirada de bloqueio maxilo-mandibular		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 73,00	Procedimento único
5820	retirada de ancoragem e cerclagens		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 70,00	Procedimento único
5830	ulectomia		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 90,00	24 meses
5840	cirurgia de cisto		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 190,00	24 meses

IMPLANTODONTIA								
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
6010	Implante osseointegrável	Para auditoria inicial, deverá ser enviado planejamento protético integral detalhando o tipo de prótese sobre implante (unitária, esplintada, múltipla, aparafusada, cimentada, etc) e o tipo de conexão do(s) implante(s) que se deseja instalar (HE, HI, CM ou outra). Poderá ser autorizada a instalação imediata, precoce ou tardia, assim como a temporização imediata, sempre mediante justificativa embasada. Não será autorizada a carga imediata sobre implantes, isto é, instalação de prótese definitiva imediatamente após a instalação dos implantes. Para auditoria final é obrigatória a fixação no PTO da(s) etiqueta(s) identificadora(s) do(s) implante(s) contendo marca, diâmetro, comprimento, tipo de conexão e código do produto. PTO's sem a devida identificação não serão pagos. O valor final a ser pago contempla eventual necessidade de qualquer modalidade de reabertura cirúrgica para acesso à plataforma do implante e confirmação da osseointegração. Não serão autorizados e pagos procedimentos complementares realizados durante a instalação do(s) implante(s) como enxertos ósseos e conjuntivos, uso de biomateriais, manobras extras para preparo dos alvéolos implantares, etc. Até que o implante esteja apto a receber a prótese definitiva, o profissional que realizou a cirurgia de instalação do(s) implante(s) é o responsável por eventuais complicações pós-cirúrgicas, inclusive a necessidade de remoção de implante e nova instalação.	Sim	Sim	RX e/ou Tomografia	Planejamento protético integral	R\$ 1.100,00	24 meses
6020	Remoção de Implante dentário		Sim	Sim	Inicial (periapical)	<u>Sim</u>	R\$ 120,00	Procedimento único
6030	Levantamento de seio maxilar (por hemiarco)	Procedimento exclusivo para casos de pneumatização sinusal e/ou atrofia óssea alveolar em região posterior de maxila onde se pretende instalar implante(s) osseointegrável(s) como futuro suporte protético. Refere-se a cirurgia para levantamento do assoalho do seio maxilar, técnica Caldwell-Luc modificada (osteotomia lateral). Pode ser realizada previamente ou durante a instalação do(s) implante(s). O procedimento deve ser justificado por escrito, acompanhado de exame de imagem apropriado. Este código não contempla o levantamento realizado por meio da técnica de Summers concomitantemente à instalação do(s) implante(s). Caso haja a intenção de se realizar qualquer outra modalidade cirúrgica com o mesmo propósito, deverá ser enviada à auditoria inicial uma solicitação por escrito, acompanhada da literatura científica pertinente, ficando tal solicitação sujeita à aprovação pela auditoria. O credenciado que realizou a cirurgia é o responsável por eventuais complicações pós-cirúrgicas até o momento de liberação para instalação dos implantes.	Sim	Sim	Tomografia	Planejamento protético integral	R\$ 900,00	Procedimento único

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição
6040	Cirurgia para aumento ósseo horizontal e/ou vertical em áreas edêntulas (por sextante)	Procedimento exclusivo como preparatório de áreas edêntulas com atrofia óssea para futura instalação de implante(s). <u>Não autorizado no mesmo ato cirúrgico de exodontias.</u> O procedimento deve ser justificado por escrito, acompanhado de exame de imagem apropriado e planejamento protético integral. Estão incluídas as técnicas cirúrgicas para aumento ósseo horizontal e/ou vertical (tenda, placa, tela, parafuso) e os enxertos ósseos (autógeno, alógeno, xenógeno, biomaterial, sticky bone, etc). Caso haja a intenção de se realizar qualquer outra modalidade cirúrgica com o mesmo propósito, deverá ser enviada à auditoria inicial uma solicitação por escrito, acompanhada da literatura científica pertinente, ficando tal solicitação sujeita à aprovação pela auditoria. O credenciado que realizou a cirurgia é o responsável por eventuais complicações pós-cirúrgicas até o momento de liberação para instalação dos implantes.	Sim	Sim	Tomografia	Planejamento protético integral	R\$ 900,00	Procedimento único
<b>ODONTOLOGIA DOMICILIAR E HOSPITALAR</b>								
Descrição do Procedimento		Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Relatório e/ou fotografia		Valor	Intervalo para repetição
<u>Odontologia domiciliar</u>		<u>Acréscimo de 50% sobre o valor do procedimento da tabela. É necessário envio de relatório profissional demonstrando a condição do paciente que impossibilita o deslocamento ao consultório. O dentista deve deixar evidente no PTO que trata-se de atendimento domiciliar</u>	<u>Sim</u>	<u>Sim</u>	<u>Sim</u>		<u>Acréscimo de 50% sobre o valor do procedimento da tabela</u>	<u>Observar o intervalo de repetição do procedimento</u>
<u>Odontologia hospitalar</u>		<u>Acréscimo de 50% sobre o valor do procedimento da tabela. É necessário envio de relatório profissional demonstrando a necessidade de atendimento em ambiente hospitalar. O dentista deve deixar evidente no PTO que trata-se de atendimento hospitalar</u>	<u>Sim</u>	<u>Sim</u>	<u>Sim</u>		<u>Acréscimo de 50% sobre o valor do procedimento da tabela</u>	<u>Observar o intervalo de repetição do procedimento</u>