

NOTA TÉCNICA INFORMATIVA DCSB/SUASA/SMSA nº 01/2025

Belo Horizonte, 20 de agosto de 2025

ASSUNTO: Retomada do serviço de prótese dentária removível na Rede SUS-BH

Informamos à Rede SUS-BH que o edital de Chamamento Público N°94027/2024 credenciou prestador de serviço de LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA, assim, a oferta de prótese dentária removível na Atenção Primária e Secundária está apta a ser retomada a partir do dia 25 de agosto de 2025, após organização de processos internos, garantindo a integralidade do cuidado.

Com o objetivo de organizar o fluxo deste processo, serão listadas as seguintes orientações:

1. Para cada **Ordem de Serviço** relativa à entrega de cada etapa ou trabalho concluído, emitida pelos profissionais da SMSA e/ou conveniadas, o laboratório prestador deverá cumprir os seguintes prazos máximos de entrega:

a. **Para os trabalhos da APS:** para a entrega de cada etapa ou trabalho concluído referente às próteses que estão sendo realizadas na APS, o prazo será de **10 (dez) dias corridos**, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data da chegada do trabalho na Gerência Regional de Saúde - Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE). A GAERE deverá acordar com os laboratórios o para que, no **mínimo em 03 (três) vezes por semana**, realize o recolhimento e/ou a entrega dos trabalhos, e, se a demanda assim o exigir, diariamente.

b. **Para os trabalhos da Atenção Secundária (CEO) e/ou conveniadas:** para a entrega de cada etapa ou trabalho concluído referente às próteses, o prazo será **de 10 (dez) dias corridos**, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à data da conclusão da etapa pelo profissional do CEO e/ou conveniada. O Gestor do CEO ou o responsável pela

conveniada deverá acordar com os laboratórios o seu comparecimento **diário** para recolher e entregar os trabalhos.

O recolhimento e a entrega de cada etapa das próteses dentárias devem ser registrados em **caderno de protocolo**. Esse registro deve ser feito:

- pela Gerência Regional de Saúde, quando se tratar dos Centros de Saúde;
- pelo Gestor do CEO, no âmbito da Atenção Secundária; ou, ainda,
- pelo responsável da instituição conveniada a rede SUS BH.

Esta etapa visa o acompanhamento e monitoramento das etapas junto a DCSB.

ORDEM DE SERVIÇO:

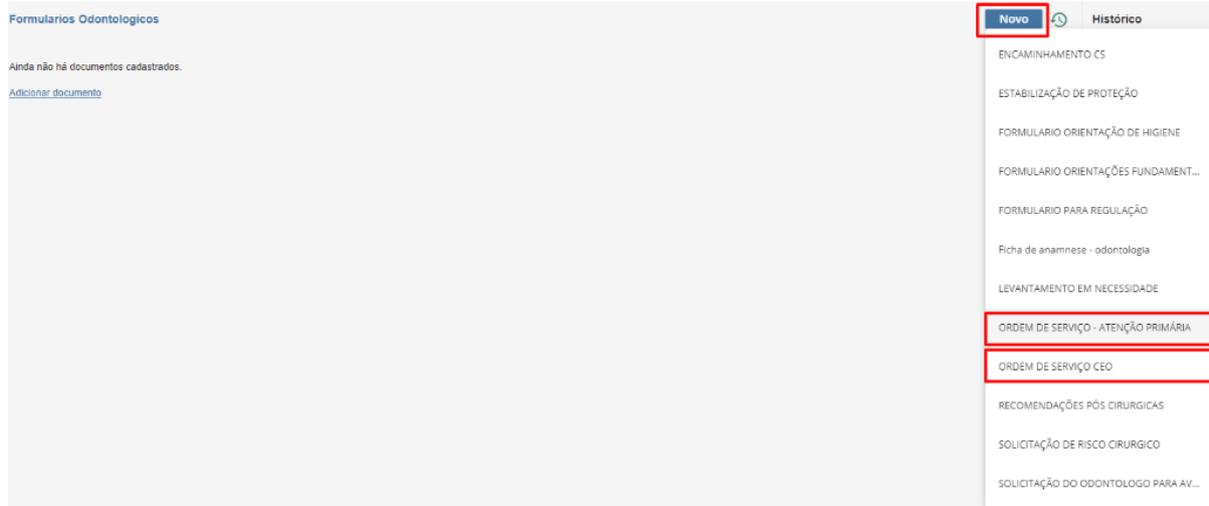
Para os trabalhos da APS e da Atenção Secundária (CEO):

O envio das próteses ou etapa produzida, **sempre** será acompanhada da “Ordem de Serviço”. A “Ordem de Serviço” está disponível na aba “Formulários” no SIGRAH. Para cada etapa/trabalho, deverá ser emitida a Ordem de Serviço em 02 (duas) vias, preenchida pelo Cirurgião Dentista responsável, ficando a primeira via com o prestador (deverá ser enviada junto à prótese) e a segunda via com o CS/CEO.

A segunda via da Ordem de Serviço deverá ser arquivada junto ao prontuário do usuário, para ser conferida quando o trabalho realizado no laboratório retornar ao CS/CEO, **NÃO DEVENDO SER DESCARTADA**, pois é uma prova documental.

Todos os seus campos devem estar devidamente preenchidos, com todas as informações necessárias, sem rasuras, em letra legível, datada, assinada, carimbada. Atentar para os campos referentes ao Nome, Data de Nascimento, CNS e CPF, se estão preenchidos automaticamente, de forma completa e correta.

As informações da Ordem de Serviço servirão de base para o atestado.



ORDEM DE SERVIÇO APS:

Formulários Odontológicos

PRESTADOR: Selezione... Nº DA ORDEM DE SERVIÇO DO LABORATÓRIO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE: NOME: _____ CPF: _____

NOME DA MÃE: _____ SEXO: _____ RAÇA/COR: _____

ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO: _____ CEP: _____

SELECIONE O TRABALHO A SER REALIZADO

CÓDIGO DA TABELA SUS	PROCEDIMENTO
<input type="checkbox"/> 07.01.07.011-0	PRÓTESE PARCIAL TEMPORÁRIA SUPERIOR
<input type="checkbox"/> 07.01.07.011-0	PRÓTESE PARCIAL TEMPORÁRIA INFERIOR
<input type="checkbox"/> 07.01.07.012-0	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR
<input type="checkbox"/> 07.01.07.013-7	PRÓTESE TOTAL MAXILAR

SELECIONE A ETAPA A SER REALIZADA

ETAPAS:
Selezione...

Se MONTAGEM DOS DENTES

Cor: _____ Formato: _____

UNIDADE SOLICITANTE: Nome: _____
Data da solicitação: / /

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Nome: _____
CRO: _____
ASSINATURA: _____

OBSERVAÇÕES: _____

O PRAZO MÁXIMO PARA CADA ETAPA É DE 10 DIAS CORRIDOS
Utilize o campo "Observações" caso necessário. Não envie recados verbais.

Excluir Imprimir Salvar Fechar

SELECIONE A ETAPA A SER REALIZADA

ETAPAS:
Selezione...

- CONFEÇÃO DE MOLDEIRA INDIVIDUAL
- CHAPA DE PROVA E PLANO DE ORIENTAÇÃO EM CERA
- MONTAGEM DOS DENTES
- PRENSAGEM
- POLIMENTO

TE: _____
HA: _____

ASSINATURA: _____

SELECIONE A ETAPA A SER REALIZADA

ETAPAS:
Selezione...

Se MONTAGEM DOS DENTES

Cor: _____ Formato: % %

UNIDADE SOLICITANTE: TRIANGULAR
OVAL
QUADRADO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Nome: _____
CRO: _____
ASSINATURA: _____

ORDEM DE SERVIÇO CEO:

Formulários Odontológicos

PRESTADOR: Selezione... Nº da Ordem de Serviço do Laboratório:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: NOME: CPF:

NOME DA MÃE: SEXO: RACA/COR:

ENDEREÇO: MUNICÍPIO: CEP:

SELECIONE O TRABALHO A SER REALIZADO

CODIGO DA TABELA SUS	PROCEDIMENTO	CODIGO DA TABELA SUS	PROCEDIMENTO
<input type="checkbox"/> 07.01.07.011-0	PRÓTESE PARCIAL TEMPORÁRIA MAXILAR	<input type="checkbox"/> 07.01.07.014-5	NUCLEO METÁLICO FUNDIDO (inclusão e fundição em liga metálica odontológica composta de cobre e zinco)
<input type="checkbox"/> 07.01.07.011-0	PRÓTESE PARCIAL TEMPORÁRIA MANDIBULAR	<input type="checkbox"/> 07.01.07.014-5	RESTAURAÇÃO (inclusão e fundição em liga metálica odontológica composta de prata e estanho)
<input type="checkbox"/> 07.01.07.012-9	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	<input type="checkbox"/> 07.01.07.014-5	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO INLAY E ONLAY
<input type="checkbox"/> 07.01.07.013-7	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	<input type="checkbox"/> 07.01.07.014-5	COROA TOTAL EM CERÔMERO (anterior/posterior)
<input type="checkbox"/> 07.01.07.009-9	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL (CROMO COBALTO)	<input type="checkbox"/> 07.01.07.014-5	PONTE ADESIVA CERÔMERO REFORÇADA COM FIBRA POLIETILENO DE ALTA RESISTÊNCIA/FIBRA DE VIDRO
<input type="checkbox"/> 07.01.07.010-2	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL (CROMO COBALTO)	<input type="checkbox"/> 07.01.07.014-5	COROA VENEER COM FACE ESTÉTICA DE CERÔMERO (inclusão e fundição em liga metálica odontológica composta de prata e estanho)
<input type="checkbox"/> 07.01.07.007-2	PLACA DE RELAXAMENTO A VÁCUO (ACETATO)	<input type="checkbox"/> 07.01.07.002-1	APARELHO ORTOPÉDICO E ORTODÔNTICO REMOVÍVEL
<input type="checkbox"/> 07.01.07.007-2	PLACA OCLUSAL DE RELAXAMENTO (EM ACRÍLICO)	<input type="checkbox"/> 07.01.07.006-4	MANTENEDOR DE ESPAÇO - Aparelho Ortopédico e Ortodôntico Removível

SELECIONE A ETAPA A SER REALIZADA

ETAPAS: Selezione...

Se Montagem dos dentes: Cor: Formato: TRIANGULAR Dente: Se Blindagem: Dente:

Se Prótese Fixa: Dente: Cor:

UNIDADE SOLICITANTE: Nome: Data de solicitação: / /

PROFISSIONAL SOLICITANTE: Nome: CRO: Assinatura:

OBSERVAÇÕES:

O PRAZO MÁXIMO PARA CADA ETAPA É 10 DIAS CORRIDOS
Utilize o campo "Observações" caso necessário. Não envie recados verbais.

Excluir Imprimir Salvar Fechar

Para os trabalhos das conveniadas:

O envio das próteses ou etapa produzida, **sempre** será acompanhada da “Ordem de Serviço”. A “Ordem de Serviço” será conforme modelo abaixo. Para cada etapa/trabalho, deverá ser emitida a Ordem de Serviço em 02 (duas) vias, preenchida pelo Cirurgião Dentista responsável, ficando a primeira via com o prestador (deverá ser enviada junto à prótese) e a segunda via com a instituição conveniada.

A segunda via da Ordem de Serviço deverá ser arquivada junto ao prontuário do usuário, para ser conferida quando o trabalho realizado no laboratório retornar à instituição conveniada, **NÃO DEVENDO SER DESCARTADA**, pois é uma prova documental.

Todos os seus campos devem estar devidamente preenchidos, com todas as informações necessárias, sem rasuras, em letra legível, datada, assinada, carimbada. Atentar para os campos referentes ao Nome, Data de Nascimento, CNS e CPF, se estão preenchidos de forma completa e correta.

As informações da Ordem de Serviço servirão de base para o atestado.

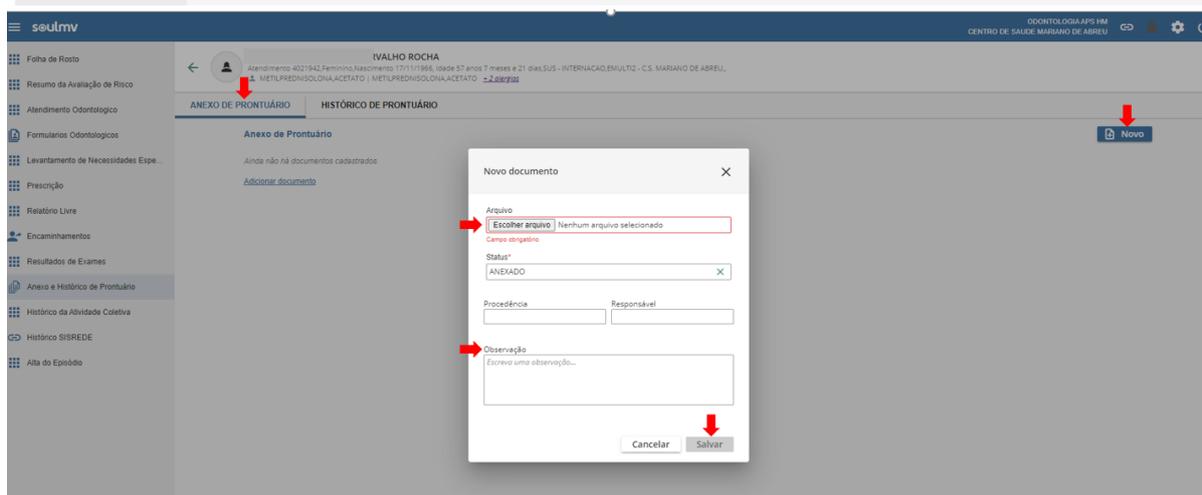
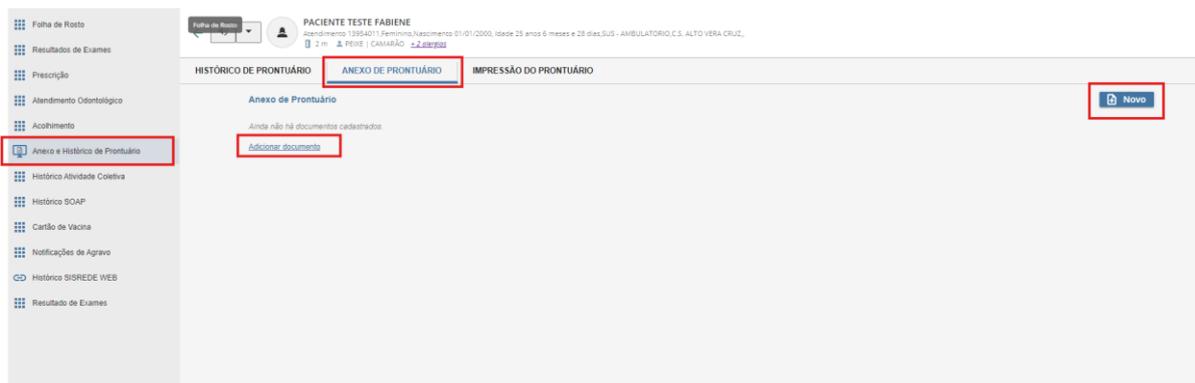
  BELO HORIZONTE PREFEITURA		PREFEITURA DE BELO HORIZONTE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS-BH ORDEM DE SERVIÇO - PRÓTESE ODONTOLÓGICA REMOVÍVEL <small>Emitir em três vias: 1ª via - prestador 2ª via - prontuário do paciente</small>	
PRESTADOR:		Nº DA ORDEM:	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:		CPF:	
NOME:		Data Nascimento: / /	
ENDEREÇO:		COMPLEMENTO:	
BAIRRO:		Município: Belo Horizonte	CEP:
SEXO: () MASCULINO () FEMININO			
RAÇA/COR: () BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDIGENA () SEM INFORMAÇÃO			
MARQUE COM UM X O TRABALHO A SER REALIZADO			
	CÓDIGO DA TABELA SUS	PROCEDIMENTO	
	07.01.07.011-0	PRÓTESE PARCIAL TEMPORÁRIA SUPERIOR	
	07.01.07.011-0	PRÓTESE PARCIAL TEMPORÁRIA INFERIOR	
	07.01.07.012-9	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	
	07.01.07.013-7	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	
MARQUE COM UM X A(S) ETAPA(S) A SER(EM) REALIZADA(S)			
CONFECCÃO DE MOLDEIRA INDIVIDUAL			
CHAPA DE PROVA E PLANO DE ORIENTAÇÃO EM CERA			
MONTAGEM DOS DENTES Cor: _____ Formato: () Triangular () Oval () Quadrado			
PRENSAGEM			
POLIMENTO			
UNIDADE SOLICITANTE		PROFISSIONAL SOLICITANTE	
Nome:		Nome:	
Data solicitação: ___/___/___		Assinatura: _____ CROMG:	
Recolhimento pelo laboratório: ___/___/___			
O PRAZO MÁXIMO PARA CADA ETAPA SÃO 10 DIAS CORRIDOS			
USE O VERSO PARA OBSERVAÇÕES - NÃO ENVIE RECADOS VERBAIS			

NOTA DE ENTREGA: A entrega das próteses ou etapa produzida, **sempre** será acompanhada da “Nota de Entrega - Comprovante de Prestação do Serviço”. Este impresso deverá ser providenciado pelo próprio laboratório prestador e deverá conter, principalmente, os seguintes dados:

- Nome completo do usuário e data de nascimento;
- CPF;
- CNS;
- Nome da Unidade solicitante;
- Nome do Cirurgião Dentista responsável;
- Etapa;
- Data da entrada do trabalho no laboratório;
- Data Prevista para entrega do trabalho a Unidade solicitante;
- Data real da entrega pelo laboratório na Unidade solicitante.

Este documento será o comprovante de que o laboratório prestador executou o serviço, conforme solicitado pelo profissional e descrito na Ordem de Serviço. Esta “Nota de Entrega” será revisada pelo Cirurgião Dentista responsável solicitante do CS/CEO/conveniadas e ficará arquivada no prontuário do usuário, para realizar a conferência em relação ao trabalho que foi executado e entregue, e facilitar o futuro atestado.

O profissional Cirurgião Dentista do CS/CEO responsável pelo trabalho deverá escanear este documento referente a cada etapa do trabalho protético e anexá-lo prontuário eletrônico na aba “Anexo e Histórico de Prontuário”, conforme abaixo:



ATESTAMENTO DOS TRABALHOS:

O atestado é a comprovação da execução do serviço com a qualidade esperada e dentro dos prazos estabelecidos neste documento.

Após a finalização do trabalho requisitado ao laboratório, o Cirurgião Dentista solicitante (da APS) deverá conferir e preencher corretamente, **com letra legível e sem rasuras**, o formulário “Atestado dos Trabalhos Odontológicos” em 03 (três) vias, carimbar, assinar e colher a assinatura do Gerente Local, arquivando a 1ª via no prontuário do usuário e, em seguida, enviar 02 (duas) vias para a Gerência Regional de Saúde - Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE), aos cuidados da Referência Técnica de Saúde Bucal. A Referência Técnica Regional, por sua vez, deverá arquivar a 2ª via e enviar a 3ª via ao laboratório. Reforçamos que não serão aceitos documentos rasurados.

Para a Atenção Secundária, após a finalização do trabalho requisitado ao laboratório, o Cirurgião Dentista solicitante (especialista) deverá conferir e preencher corretamente, **com letra legível e sem rasuras**, o formulário “Atestamento dos Trabalhos Odontológicos” em 03 (três) vias, carimbar, assinar e colher a assinatura do Gerente Local, arquivando a 1ª via no prontuário do usuário e, em seguida, entregar 02 (duas) vias para o Gerente Local. O Gerente Local (do CEO), por sua vez, deverá arquivar a 2ª via e enviar a 3ª via ao laboratório. Reforçamos que não serão aceitos documentos rasurados.

Para as instituições conveniadas, deverá conferir e preencher corretamente, **com letra legível e sem rasuras**, o formulário “Atestamento dos Trabalhos Odontológicos” em 03 (três) vias, carimbar, assinar e colher a assinatura do Professor/ Cirurgião Dentista responsável, arquivando a 1ª via no prontuário do usuário e, em seguida, enviar 2ª via para o laboratório e a 3ª via será compartilhada com a DCSB mensalmente. Reforçamos que não serão aceitos documentos rasurados.

Para os trabalhos da APS, da Atenção Secundária (CEO) e conveniadas:

O laboratório prestador deverá enviar o documento com os seguintes dados abaixo e o Cirurgião Dentista solicitante do CS/CEO ou responsável pela conveniada deverá conferir todos os campos do impresso de atestamento/validação do serviço executado pelo laboratório.

Campo 1 - Identificação:

1. Nome do Laboratório Prestador;
2. Nome da Unidade;
3. Nome completo, correto e legível do usuário;
4. Data de nascimento do usuário;
5. Nome da mãe do usuário;
6. Número do CNS ou CPF;

O Cirurgião Dentista solicitante ou responsável pela conveniada também deverá preencher os seguintes dados no documento:

7. Nome e CRO do Cirurgião Dentista solicitante;
8. Data de instalação da prótese (data em que o trabalho foi atestado).

Campo 2 - Assinalar com X o(s) trabalho(s) realizado(s). Assinalar no espaço próprio o tipo de trabalho que foi executado pelo laboratório prestador.

Campo 3 - Condição para atestar: Escrever o número que corresponde à condição em que o trabalho foi atestado.

Campo 4 - Observações: Escrever a data do falecimento, motivo do abandono, troca do Cirurgião Dentista ou outra informação importante.

Campo 5 - Assinatura do Cirurgião Dentista solicitante e do Gerente Local ou do responsável da conveniada.

O profissional responsável do CS/CEO deverá escanear o documento assinado, acessar o Módulo "PEP Odonto" e anexá-lo no prontuário eletrônico na aba "Anexo e Histórico de Prontuário".

O registro dos procedimentos executados pelo Cirurgião Dentista do CS/CEO no SIGRAH, Módulo PEP Odonto, deverá corresponder a cada etapa realizada, respeitando os seguintes descritivos dos procedimentos, conforme a Tabela SIGTAP:

01.01.02.012-0 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS

CONSISTE EM ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL ACERCA DOS CUIDADOS COM A DESINFECÇÃO E A HIGIENIZAÇÃO DOS DIFERENTES TIPOS DE PRÓTESE, PROMOVEDO A MANUTENÇÃO DA ESTRUTURA DA PRÓTESE, ASSIM COMO EVITANDO QUE OS USUÁRIOS DESENVOLVAM AGRAVOS RELACIONADOS À MICRORGANISMOS QUE ANCORAM NA SUPERFÍCIE DAS PRÓTESES OU INTERFACE DESTA COM OS DENTES REMANESCENTES.

03.07.04.007-0 - MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

PROCEDIMENTOS DE PLANEJAMENTO, PREPAROS DENTÁRIOS E MOLDAGEM.

03.07.04.008-9 - REEMBASAMENTO DE PRÓTESE DENTÁRIA

REEMBASAMENTO DE PRÓTESE DENTÁRIA TANTO EM LABORATÓRIO QUANTO EM CLÍNICA.

03.07.04.008-9 - CONserto DE PRÓTESE DENTÁRIA

CONserto DE PRÓTESE DENTÁRIA TANTO EM LABORATÓRIO QUANTO EM CLÍNICA.

03.07.04.014-3 - ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

CONSISTE EM AJUSTES DA PRÓTESE DENTÁRIA DE FORMA A MELHOR ACOMODAR A PRÓTESE À BOCA DO PACIENTE. ESSES AJUSTES PERMITEM NÃO SÓ COMPATIBILIZAR A PRÓTESE COM O SEU USUÁRIO, MAS TAMBÉM EQUILIBRAR A MORDIDA, A OCLUSÃO E O ENCAIXE DAS PARTES DA PRÓTESE. **ESTA ADAPTAÇÃO NÃO FAZ PARTE DA INSTALAÇÃO DA PRÓTESE DENTÁRIA POIS NA INSTALAÇÃO JÁ É PREVISTO A ADAPTAÇÃO. ESTE PROCEDIMENTO DEVERÁ SER REGISTRADO QUANDO FOR REALIZADO A ADAPTAÇÃO POR MOTIVO DE AJUSTE PÓS-INSTALAÇÃO.**

03.07.04.016-0 - INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA

CONSISTE NO PROCEDIMENTO DE INSTALAÇÃO DO APARELHO PROTÉTICO (PRÓTESE TOTAL MAXILAR, PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR, PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL, PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL E PRÓTESE FIXA).

07.01.07.009-9 - PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL (CROMO COBALTO)

PRÓTESE QUE REPÕE OU RESTAURA OS DENTES AUSENTES OU PERDIDOS NA ARCADA INFERIOR. SEU PRINCIPAL OBJETIVO É A REABILITAÇÃO BUCAL, EM TODAS AS SUAS FUNÇÕES: ESTÉTICA, FONÉTICA E MASTIGAÇÃO, DE MODO A PRESERVAR AS ESTRUTURAS ORAIS AINDA EXISTENTES. PARA QUE HAJA ESSA CONSERVAÇÃO, É FUNDAMENTAL QUE AS FORÇAS MASTIGATÓRIAS SEJAM BEM DISTRIBUÍDAS SOBRE O REBORDO RESIDUAL E OS DENTES REMANESCENTES.

07.01.07.010-2 - PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL (CROMO COBALTO)

PRÓTESE QUE REPÕE OU RESTAURA OS DENTES AUSENTES OU PERDIDOS NA ARCADA SUPERIOR. SEU PRINCIPAL OBJETIVO É A REABILITAÇÃO BUCAL, EM TODAS AS SUAS FUNÇÕES: ESTÉTICA, FONÉTICA E MASTIGAÇÃO, DE MODO A PRESERVAR AS ESTRUTURAS ORAIS AINDA EXISTENTES. PARA QUE HAJA ESSA CONSERVAÇÃO, É FUNDAMENTAL QUE AS FORÇAS MASTIGATÓRIAS SEJAM BEM DISTRIBUÍDAS SOBRE O REBORDO RESIDUAL E OS DENTES REMANESCENTES.

07.01.07.012-9 - PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR

PRÓTESE SUPORTADA PELA MUCOSA QUE REVESTE O OSSO REMANESCENTE, INDICADA PARA OS INDIVÍDUOS QUE PERDERAM TODOS OS ELEMENTOS DENTÁRIOS DA ARCADA INFERIOR. ESTE TIPO DE REABILITAÇÃO TEM O OBJETIVO DE PERMITIR O DESENVOLVIMENTO SATISFATÓRIO DAS ATIVIDADES FUNCIONAIS RELACIONADAS AO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO, COMO FONAÇÃO E MASTIGAÇÃO, BEM COMO OFERECER CONFORTO E UMA APARÊNCIA ESTÉTICA ACEITÁVEL

07.01.07.013-7 - PRÓTESE TOTAL MAXILAR

PRÓTESE SUPOSTADA PELA MUCOSA QUE REVESTE O OSSO REMANESCENTE, INDICADA PARA OS INDIVÍDUOS QUE PERDERAM TODOS OS ELEMENTOS DENTÁRIOS DA ARCADA SUPERIOR. ESTE TIPO DE REABILITAÇÃO TEM O OBJETIVO DE PERMITIR O DESENVOLVIMENTO SATISFATÓRIO DAS ATIVIDADES FUNCIONAIS RELACIONADAS AO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO, COMO FONAÇÃO E MASTIGAÇÃO, BEM COMO OFERECER CONFORTO E UMA APARÊNCIA ESTÉTICA ACEITÁVEL.

07.01.07.011-0 - PRÓTESE TEMPORÁRIA MANDIBULAR (PARCIAL ACRÍLICA)

CONFECÇÃO DE PRÓTESES PARCIAIS TEMPORÁRIAS

07.01.07.011-0 - PRÓTESE TEMPORÁRIA MAXILAR (PARCIAL ACRÍLICA)

CONFECÇÃO DE PRÓTESES PARCIAIS TEMPORÁRIAS

Por exemplo, na última etapa de confecção de próteses totais superiores e inferiores, o Cirurgião Dentista deve registrar no sistema os seguintes códigos:

01.01.02.012-0 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS

07.01.07.013-7 - PRÓTESE TOTAL MAXILAR

07.01.07.012-9 - PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR

03.07.04.016-0 - INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (selecionar a Arcada Inferior)

03.07.04.016-0 - INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (selecionar a Arcada Superior)

Atendimento Odontológico

Odontograma Ficha de atendimento Prótese Ted

Odontograma Visão geral

Região do procedimento
 Dente Sextante Arcada Outro

Arcada *
Arcada Tipo de procedimento
Moldagem Manutenção

Especialidade
CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL 223208

Procedimentos *
protes| Q

- 0701070129 - PROTESE TOTAL MANDIBULAR.
- 0701070099 - PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL.
- 0701070102 - PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL.
- 0307040089 - REEMBASAMENTO E CONCERTO DE PROTESE DENTARIA.
- 0701070137 - PROTESE TOTAL MAXILAR.
- 0307040143 - ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA.

Atendimento Odontológico

Odontograma

Região do procedimento
 Dente Sextante Arcada Outro

Arcada *
 Arcada

Tipo de procedimento
 Moldagem Manutenção

Especialidade
 CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL 223208

Procedimentos *
 instala

0307040119 - INSTALAÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO/ORTOPÉDICO FIXO
0307040160 - INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA.

Procurar por...

Atendimento Odontológico

Odontograma

Região do procedimento
 Dente Sextante Arcada Outro

Tipo de procedimento
 Tipo de procedimento

Especialidade
 CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL 223208

Procedimentos *
 ori

0101020104 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL
0101020120 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS
 0101010028 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
 0101010010 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA
 0804010021 - TELECONSULTORIA ASSÍNCRONA (NÃO SIMULTÂNEA) - EXECUTANTE
 0804010013 - TELECONSULTORIA ASSÍNCRONA (NÃO SIMULTÂNEA) - SOLICITANTE
 0804010030 - TELECONSULTORIA SÍNCRONA - SOLICITANTE
 0804010048 - TELECONSULTORIA SÍNCRONA - EXECUTANTE

OBSERVAÇÕES:

- 1) O código referente à **INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA** deverá ser lançado conforme o número de próteses instaladas, que devem ser especificadas com o lançamento dos códigos para próteses maxilares e/ou mandibulares.
- 2) Alguns procedimentos não estão inclusos na lista da Tabela SIGTAP do Ministério da Saúde, no entanto, é importante o registro no SIGRAH devido a necessidade de monitoramento, tais como:

- ACERTOS/AJUSTES CHAPA DE PROVA
- ACERTOS/AJUSTES PLANOS DE ORIENTAÇÃO EM CERA
- PROVA MONTAGEM DOS DENTES

A Referência Técnica de Saúde Bucal da GAERE e o Gestor Local do CEO deverão acessar o sistema eletrônico vigente, na aba “Anexo e Histórico de Prontuário”, para subsidiar o atestado/validação do serviço pela SMSA/SUS-BH.

Condições para atestamento:

Deve-se atestar **somente após a fase laboratorial de PRENSAGEM, preferencialmente após a instalação na boca do usuário, com a devida qualidade e nos prazos estabelecidos**. Se o serviço foi concluído com qualidade, mas o laboratório prestador não cumpriu os prazos estabelecidos neste documento, o profissional executante poderá, se for vantajoso para o usuário, instalá-lo, mas deverá, junto com o Gerente Local, notificar o laboratório prestador por e-mail, com cópia para a Diretoria Central de Saúde Bucal (e-mail: proteseodonto@pbh.gov.br).

A reincidência do laboratório prestador no descumprimento dos prazos estabelecidos deverá ser notificada, formalmente, à Diretoria Central de Saúde Bucal (e-mail: proteseodonto@pbh.gov.br).

Diante da impossibilidade da instalação da(s) Prótese(s) Removíveis (Totais ou Parciais), por motivos relacionados ao impedimento do usuário/abandono do tratamento, estas serão consideradas concluídas, para efeito de atestamento, se já tiverem sido entregues no Centro de Saúde, CEO ou conveniadas na etapa laboratorial de MONTAGEM DE DENTES. Nesse caso, os trabalhos serão atestados e faturados nos valores das próteses concluídas. O Cirurgião Dentista responsável deverá anotar no prontuário do usuário, a data e o motivo do atestamento como especial.

Em caso de o usuário retornar ao Centro de Saúde, CEO ou conveniadas para conclusão do tratamento, a qualquer tempo, o Cirurgião Dentista responsável decidirá por dar

prosseguimento ou reiniciar o trabalho. O laboratório prestador deverá executar todo ou parte do trabalho sem ônus para a SMSA/SUS-BH, pois este já foi atestado e faturado.

Condições de impedimento/ abandono de tratamento:

Ausência do usuário às consultas agendadas, por no mínimo 30 (trinta) dias, por impedimento **não** comunicado e/ou **não** justificado;

Ausência do usuário às consultas agendadas, por no mínimo 30 (trinta) dias, por impedimento comunicado e/ou justificado;

Para as condições acima, o prazo será contado a partir da data da última consulta agendada na qual o usuário não compareceu;

Em caso de falecimento do usuário, a data do falecimento deverá ser registrada no prontuário do mesmo.

Condições para NÃO ATESTAR:

Impedimento da instalação por não aprovação (não adaptação) do serviço pelo profissional, devido à qualidade do produto, isto é, por motivos técnicos;

O profissional terá o direito de NÃO ATESTAR os trabalhos finalizados e entregues no Centro de Saúde, CEO ou conveniadas, após longo período, atrasos causados pelo laboratório totalizando 160 (cento e sessenta) dias ou mais sem justificativa, e que pode gerar a desistência por parte do usuário.

Repetição dos trabalhos

A SMSA/SUS-BH não se responsabilizará por quaisquer defeitos que as próteses odontológicas venham a apresentar durante todas as etapas de sua realização pelo laboratório prestador, devido à técnica de confecção laboratorial, uso de materiais e

transporte inadequados, cabendo sempre ao prestador, todos os ônus para a correção ou substituição, no todo ou em parte, dos defeitos causados por estes fatos.

Em casos de solicitação de repetição de trabalhos de prótese, a demanda deverá ser enviada para o e-mail proteseodonto@pbh.gov.br para avaliação e análise de autorização.

Os procedimentos laboratoriais de próteses terão a garantia de até 01 (um) ano, contados a partir da instalação em boca, respeitado o disposto no Código de Defesa do Consumidor. Durante este período o prestador de serviços terá a obrigação de reparar e corrigir, através de conserto e/ou reembasamento, ou substituir, às suas expensas, os trabalhos por ela executados que apresentem defeitos técnicos de confecção.

A garantia não cessa com o término da vigência do contrato, desistência ou cancelamento, prevalecendo o prazo de até 01 (um) ano a partir da instalação em boca. Se comprovado, mesmo após o período de garantia, que os trabalhos executados pelo prestador de serviços apresentam defeitos técnicos de confecção, decorrentes do uso de materiais diferentes dos indicados na proposta de habilitação, de técnica inadequada ou diferente da especificada no Chamamento Público, o prestador de serviços será obrigado a reparar, corrigir, ou substituir, às suas expensas, os trabalhos com defeitos.

A Diretoria Central de Saúde Bucal fará reuniões mensais com as Referências Técnicas Regionais e Gerentes Locais dos CEO's para acompanhamento do andamento dos trabalhos e dos atestamentos. Portanto, é fundamental a colaboração da Equipe de Saúde Bucal com o repasse de informações regulares sobre o andamento dos trabalhos para a Referência Técnica da sua Regional (quando tratar-se de próteses confeccionadas na APS) e o Gerente Local do CEO (quando tratar-se de próteses confeccionadas na Atenção Secundária), além do monitoramento dos serviços e atestamentos pelas Referências Técnicas Regionais e os Gerentes Locais dos CEO's.

A Diretoria Central de Saúde Bucal também fará reuniões mensais com os responsáveis pelas instituições conveniadas para acompanhamento do andamento dos trabalhos e dos atestamentos.

Reiteramos que é de responsabilidade da Equipe de Saúde Bucal do Centro de Saúde ou CEO ou, ainda, das instituições conveniadas, o controle dos trabalhos em andamento/finalizados **independente da rotatividade dos profissionais.**

1- Tutoria

A tutoria é uma atividade de Educação Permanente, regulada pela DCSB que conta com profissionais da rede com expertise em próteses, a fim de apoiar os colegas que apresentam algumas dificuldades no processo de confecção dos trabalhos nos Centros de Saúde.

Para a solicitação da tutoria o profissional deve acionar a Referência Técnica Regional, realizando a solicitação por e-mail (proteseodonto@pbh.gov.br), que deverá conter os dados necessários para identificação do caso, conforme o formulário de regulação vigente no Manual de Saúde Bucal. Qualquer dúvida relacionada a todo o processo da tutoria, orientamos acionar a Referência Técnica Regional para apoio.

2- Apoio Matricial

A Equipe do CEO também é responsável pela integralidade, atuando de maneira articulada com os demais pontos da rede de serviços de saúde bucal, garantindo a continuidade do cuidado e participando do matriciamento entre as eSB da Atenção Primária e Secundária. Os profissionais do CEO têm formação complementar relacionada ao trabalho que desenvolvem na Atenção Secundária. Tais qualificações podem contribuir para melhorar o seu desempenho técnico e profissional e para desenvolver novas competências e habilidades a fim de colaborar com a integração da rede. Um exemplo disso, é o apoio matricial às eSB dos Centros de Saúde. Isso permite compreender o sistema de saúde e o papel do CEO como serviço integrante da rede. O apoio matricial tem objetivo de melhorar a comunicação da rede, reduzir encaminhamentos incorretos por parte dos Centros de Saúde, além de ser uma atividade de educação permanente para os profissionais. A orientação para esse processo se encontra no Manual de Saúde Bucal.

3- Manual de Saúde Bucal

No ANEXO XIV do [Manual de Saúde Bucal da PBH \(2022\)](#) há o Protocolo para Confecção da Prótese Total Removível - PBH.

Para ser inserido na fila de espera, o usuário deverá, obrigatoriamente:

1. Ter o tratamento clínico-odontológico pré-protético concluído no Centro de Saúde (sem necessidade de restaurações, tratamentos periodontais, endodônticos ou cirúrgicos pendentes).
2. Apresentar condições de saúde bucal adequadas para receber a prótese.
3. Ter aguardado o período mínimo de 60 dias de cicatrização após extrações dentárias na arcada a ser reabilitada.

Critérios de Priorização para Agendamento

Com o objetivo de organizar a demanda e garantir a equidade no acesso à reabilitação protética, em conformidade com as políticas públicas vigentes, a priorização dos usuários seguirá critérios técnicos, clínicos e sociais.

Critério	Especificação
Faixa etária	80 anos ou mais (Prioridade Especialíssima - Estatuto do Idoso).
	60 a 79 anos.

<p>Condições sistêmicas agravadas e PCD</p>	<p>Usuário PCD ou com comorbidades crônicas relevantes cujas complicações resultam em deficiência, impedimento de longo prazo ou mobilidade reduzida, conforme enquadramento legal. A prioridade se aplica a casos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diabetes: Quando causa complicações que geram limitação funcional, como neuropatia (danos aos nervos, podendo levar a amputações), cegueira, nefropatia (doença renal crônica). ● Hipertensão Arterial: Quando leva a condições que limitam a capacidade funcional, como sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), insuficiência cardíaca grave ou insuficiência renal crônica. ● Outras causas de impacto funcional significativo: Câncer em tratamento/pós-tratamento e Doenças Autoimunes.
<p>Vulnerabilidade social</p>	<p>Usuário vinculado à PNAISP (sistema prisional).</p>
<p>Evento Sentinela</p>	<p>Usuários de dez a dezenove anos com ausência de um ou mais dentes anteriores, sem uso de prótese.**</p>
<p>Condições sistêmicas não agravadas</p>	<p>Diabetes, Hipertensão Arterial, Câncer, Doenças Autoimunes, etc.</p>
<p>Tempo de espera</p>	<p>Na fila de espera há mais de 3 anos.</p>

	Na fila de espera há mais de 2 anos.
	Na fila de espera há mais de 1 ano.
Tipo de reabilitação	Reabilitação Total (necessidade de Prótese Total Superior e Inferior).
	Prótese Total (unimaxilar) ou PPR com perda de dentes anteriores.
	Reabilitação com PPR apenas para dentes posteriores.

**Ao ser identificado, o Cirurgião Dentista deverá contatar a RT Regional por e-mail para agendamento de priorização junto à Regulação (com cópia para dcsb@pbh.gov.br).

Patrícia Maria da Costa Reis
Diretora
Diretoria Central de Saúde Bucal – DCSB
Subsecretaria de Atenção à Saúde - SUASA
Secretaria Municipal de Saúde – SMSA

Para: Diretoria Regional de Saúde (DRES) / Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE), Centros de Saúde (CS) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).