

**DECRETO N.º 3.836, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2.013.**

“Dispõe sobre alteração dos anexos do Decreto nº 3.742, de 08 de agosto de 2.013 e dá outras providências”.

**Arnaldo Shigueyuki Enomoto**, Prefeito do Município da Estância Turística de Pereira Barreto, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, e;

**Considerando** a necessidade de adequar os instrumentos de adesão e avaliação do cumprimento de metas relativas ao incentivo de desempenho CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.

**DECRETA:**

**Art. 1º** - O termo de adesão de que trata o Anexo I, bem como as metas mínimas mensais de que trata o Anexo II, do Decreto nº 3.742, de 08 de agosto de 2.013, passam a vigorar com a redação constante dos Anexos I e II do presente Decreto.

**Art. 2º** - As demais disposições do Decreto nº 3.742, de 08 de agosto de 2.013, permanecem inalteradas.

**Art. 3º** - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições contrárias.

Paço Municipal, “Francisco Vidal Martins”, 26 de novembro de 2013.

Arnaldo Shigueyuki Enomoto  
Prefeito Municipal

Registrado e Publicado nesta  
Prefeitura na data supra.

José Carlos Fernandes  
Secretário dos Negócios da Fazenda



**ANEXO I**

**TERMO DE ADESAO**

Eu, [nome], brasileiro, servidor público de provimento efetivo, lotado no quadro de dentista, portador da cédula de identidade RG/RNE nº [..], inscrito no CPF/MF sob nº [..], residente e domiciliado na Cidade de [..], Estado [..], manifesto minha adesão ao incentivo por desempenho para atuação no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO tipo 1 e, DECLARO, que conheço e concordo inteiramente com o disposto na Lei Municipal nº 4.237, datada de 19 de junho de 2013, inclusive que estou ciente que ao integrar a equipe do Centro de Especialidades Odontológicas devo cumprir as diretrizes e metas da especialidade e as atribuições previstas na Portaria nº 1.464, de 24 de Junho de 2011 (anexo I cópia da Portaria) .

Pereira Barreto,        de        de 2013

---

(assinatura do dentista)

**PORTARIA Nº 1.464, DE 24 DE JUNHO DE 2011**

Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006, que define a implantação e estabelece critérios de credenciamento/ habilitação dos serviços especializados Centros de Especialidades Odontológicas - CEO Tipo 1, CEO Tipo 2, CEO Tipo 3;

Considerando a Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas;

Considerando a Portaria nº 321/GM/MS, de 8 de fevereiro de 2007, que institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria nº 718/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010, que altera, inclui e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o que estabelece a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente em relação à reorganização das práticas e à qualificação dos serviços oferecidos na Saúde Bucal, visando à integralidade das ações, resolve:

Art. 1º O Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 24 de março de 2006, Seção 1, página 52, passa a vigorar com a seguinte redação:

"I - O monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEOs, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS, conforme segue:

**a) Para os CEOs Tipo 1:**

**80 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:**

0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);

0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);

0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);

0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;

0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;

0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;

0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;

0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;

0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;

0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;

0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;

0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.

**60 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:**

0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);

0414020081 ENXERTO GENGIVAL;

0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);

0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);

0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).

**35 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:**

0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;

0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;

0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;

0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;

0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;

0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;

0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;

0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.

**80 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:**

0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;

0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;

0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;

0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;  
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;  
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;  
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSÍNTESE;  
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR;  
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;  
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;  
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;  
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO- ODONTOGÊNICO;  
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;  
0401010082 FRENECTOMIA;  
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR  
0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;  
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;  
0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;  
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;  
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;  
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;  
0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO- MANDIBULAR;  
0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL  
0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;  
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);  
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;  
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;  
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;  
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;  
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;  
0414020146 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;  
0414020170 GLOSSORRAFIA;  
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;  
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;  
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);  
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);  
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;  
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;  
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;  
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;  
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.

a) Para os CEOs Tipo 2:

110 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);  
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);  
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);  
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;  
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;  
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;  
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;  
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;  
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;  
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIIS (POR SEXTANTE);  
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIIS (POR SEXTANTE);  
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;  
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.

90 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);  
0414020081 ENXERTO GENGIVAL;  
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);

- 0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);  
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).  
60 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;  
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;  
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;  
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;  
0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;  
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;  
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.  
90 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;  
0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;  
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;  
0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;  
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;  
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;  
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;  
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR;  
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;  
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;  
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;  
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO- ODONTOGÊNICO;  
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;  
0401010082 FRENECTOMIA;  
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;  
0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;  
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;  
0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;  
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;  
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;  
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE  
0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO- MANDIBULAR  
0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL  
0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;  
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);  
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;  
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;  
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;  
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;  
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;  
0414020146 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;  
0414020170 GLOSSORRAFIA;  
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;  
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;  
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);  
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);  
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;  
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;  
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;  
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;  
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.
- a) Para os CEOs Tipo 3:  
190 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);  
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);

0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);  
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;  
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;  
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;  
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;  
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;  
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;  
0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIIS (POR SEXTANTE);  
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIIS (POR SEXTANTE);  
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;  
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.  
150 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);  
0414020081 ENXERTO GENGIVAL;  
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);  
0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);  
0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).  
95 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;  
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;  
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;  
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;  
0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;  
0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;  
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;  
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.  
170 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:  
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;  
0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;  
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;  
0307010058 TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;  
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;  
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;  
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;  
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR;  
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;  
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;  
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;  
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO- ODONTOGÊNICO;  
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;  
0401010082 FRENECTOMIA;  
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;  
0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;  
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;  
0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;  
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;  
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;  
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;  
0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR;  
0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL  
0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;  
0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);  
0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;  
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;  
0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;  
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;  
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;

0414020146 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;  
0414020170 GLOSSORRAFIA;  
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;  
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;  
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);  
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);  
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;  
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;  
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;  
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;  
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.

§ 1º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam:

0307010023 - restauração de dente decíduo e/ou

0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou

0307010040 - restauração de dente permanente posterior.

§ 2º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos:

0307020053 - obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou

0307020096 - retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

§ 3º Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.

§ 4º A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO será suspensão, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades acima citadas, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal. " (NR)

Art. 2º Os procedimentos constantes do art. 1º desta Portaria fiquem identificados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) com o atributo complementar "Monitoramento CEO".

Art. 3º O fluxo a ser utilizado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), para os procedimentos previstos no Anexo à Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, fica definido da forma prevista abaixo:

I - Quando da apresentação dos procedimentos no SIA/SUS, será verificado o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que os realizou;

II - Caso tenha sido por profissional do grupo 2232 (odontologia), será observado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) se o estabelecimento dispõe de habilitação CEO com a regra contratual 7107 - Estabelecimento, sem geração de crédito, nas ações especializadas de odontologia (incentivo CEO I, II e III);

III - Neste caso, não haverá geração de crédito para estes procedimentos; e

IV - Caso o profissional que realizou os procedimentos não seja do código de CBO 2232 ou o estabelecimento não tenha a habilitação CEO, será gerado crédito normalmente no SIA/SUS.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeito a contar da competência julho de 2011.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 2.898/GM/MS, de 21 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, de 31 de dezembro de 2010, Seção 1, Páginas 84, 85 e 86.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

## ANEXO II **METAS MÍNIMAS MENSAIS**

### 1. Metas Qualitativas

| <b>Meta</b>                                                                         | <b>Formas de Apuração</b>                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Participar das Atividades de Educação Permanente                                    | Lista de Presença                                                                  |
| Supervisão Técnica da ASB                                                           | Relatório de supervisão: deve ser redigido pelo dentista e repassado para gerência |
| Participar de 75% das reuniões de equipe do CEO                                     | Lista de Presença                                                                  |
| Cumprir horários e prazos estipulados no atendimento às solicitações da Direção/SMS | Relatório da coordenação: Planilha/livro controle se solicitação e entrega         |

### 2. Metas Quantitativas

| <b>Especialidade</b> | <b>Procedimentos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Meta Mensal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Endodontia</b>    | 0307020037 - OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;<br>0307020045 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;<br>0307020053 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;<br>0307020061 - OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;<br>0307020088 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;<br>0307020096 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;<br>0307020100 - RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;<br>0307020118 - SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR. | 35 Procedimentos de Endodontia por mês. Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos:<br>0307020053-Obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou<br>0307020096 - retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes. |
| <b>Periodontia</b>   | 0307030032 - RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);<br>0414020081 - ENXERTO GENGIVAL;<br>0414020154 - GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);<br>0414020162 - GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);<br>0414020375 - TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).                                                                                                                                                                                                                                                                              | 60 Procedimentos de Periodontia por mês.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Pacientes com necessidades especiais</b></p> | <p>0101020058 - APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);</p> <p>0101020066 - APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);</p> <p>0101020074 - APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);</p> <p>0101020082 - EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;</p> <p>0101020090 - SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;</p> <p>0307010015 - CAPEAMENTO PULPAR;</p> <p>0307010023 - RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;</p> <p>0307010031 - RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;</p> <p>0307010040 - RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;</p> <p>0307020070 - PULPOTOMIA DENTÁRIA;</p> <p>0307030016 - RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIIS (POR SEXTANTE);</p> <p>0307030024 - RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIIS (POR SEXTANTE);</p> <p>0414020120 - EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;</p> <p>0414020138 - EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.</p> | <p>80 Procedimentos Básicos por mês.</p> <p>Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam:</p> <p>0307010023 – restauração de dente decíduo e/ou</p> <p>0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou</p> <p>0307010040 - restauração de dente permanente posterior.</p> <p>Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.</p> |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                  |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Cirurgia Oral</b> | <p>0201010232 - BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;</p> <p>0201010348 - BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;</p> <p>0201010526 - BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;</p> <p>0307010058 - TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;</p> <p>0404020445 - CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;</p> <p>0404020488 - OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;</p> <p>0404020577 - REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSÍNTESE;</p> <p>0404020615 - REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR;</p> <p>0404020623 - RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;</p> <p>0404020674 - RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;</p> <p>0414010345 - EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;</p> <p>0414010361 - EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO- ODONTOGÊNICO;</p> <p>0414010388 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;</p> <p>0401010082 - FRENECTOMIA;</p> <p>0404010512 - SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR</p> <p>0404020038 - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;</p> <p>0404020054 - DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;</p> <p>0404020089 - EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;</p> <p>0404020097 - EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;</p> <p>0404020100 - EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;</p> <p>0404020313 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;</p> <p>0404020631- RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO- MANDIBULAR;</p> <p>0414010256 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL</p> | <p>80 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês</p> |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>0414020022 - APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;</p> <p>0414020030 - APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);</p> <p>0414020049 - CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;</p> <p>0414020057 - CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;</p> <p>0414020065 - CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;</p> <p>0414020073 - CURETAGEM PERIAPICAL;</p> <p>0414020090 - ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;</p> <p>0414020146 - EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;</p> <p>0414020170 - GLOSSORRAFIA;</p> <p>0414020200 - MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;</p> <p>0414020219 - ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;</p> <p>0414020243 - REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);</p> <p>0414020278 - REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);</p> <p>0414020294 - REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;</p> <p>0414020359 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;</p> <p>0414020367 - TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;</p> <p>0414020383 - TRATAMENTO DE ALVEOLITE;</p> <p>0414020405 - ULOTOMIA/ULECTOMIA.</p> |  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

1. Para avaliar o cumprimento das metas quantitativas serão considerados os procedimentos informados no SIA – Sistema de Informação ambulatorial/SIGSAÚDE.

2. Farão jus ao recebimento mensal do incentivo de desempenho - CEO os dentistas de 20 horas semanais que atingirem 100% da meta qualitativa e que cumprirem metas quantitativas nas seguintes proporcionalidades:
  - 81 a 100% da meta da respectiva especialidade: receberá 100% do incentivo (R\$1.050,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.
  - 51 a 80% da meta da respectiva especialidade: receberá 80% do incentivo (R\$840,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.
  - 26 a 50% da meta da respectiva especialidade: receberá 50% do incentivo (R\$525,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.
  - Menos que 25%: não fará jus ao incentivo.
  
3. Farão jus ao recebimento mensal do incentivo de desempenho os dentistas de 40 horas semanais que atingirem 100% da meta qualitativa e que cumprirem metas quantitativas nas seguintes proporcionalidades:
  - 81 a 100% da meta da respectiva especialidade: receberá 100% do incentivo (R\$3.240,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.
  - 51 a 80% da meta da respectiva especialidade: receberá 80% do incentivo (R\$2.754,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.
  - Menos que 50% da meta da respectiva especialidade: receberá 65% do incentivo (R\$2.106,00) pago exclusivamente com repasses realizados pelo ministério da Saúde.

LEI Nº 4.237, DE 19 DE JUNHO DE 2013 institui por desempenho aos dentistas do Centro de Especialidades odontológicas. Profissionais 20 horas semanais.

### **Avaliação Metas Mínimas mensais**

Mês:

Ano:

Profissional:

#### **Metas Qualitativas**

| Meta                                                                     | Forma de Apuração                   | Resultado Alcançado |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| Participar das atividades de educação permanente                         | Lista de presença                   |                     |
| Supervisão técnica ASB                                                   | Relatório de supervisão do dentista |                     |
| Participar em 75% das reuniões de equipe                                 | Lista de Presença                   |                     |
| Cumprir prazos estipulados no atendimento as solicitações da Direção/SMS | Relatório coordenação               |                     |

Resultado alcançado: cumpriu/não cumpriu

#### **Metas Quantitativas**

| Especialidade | Meta | Produção | % da Meta Alcançada |
|---------------|------|----------|---------------------|
|               |      |          |                     |

#### **Resultado**

1- Metas Qualitativas: ( ) cumpriu ( ) não cumpriu

2- Metas quantitativas: ( ) 81 a 100% das metas alcançadas

( ) 51 a 80% das metas alcançadas

( ) abaixo de 50 % das metas alcançadas

Resultado Final: Valor do incentivo: R\$

OBS: Valores conforme artigo 6º: Somente serão pagos se houver repasse pelo Ministério da Saúde.

Data da avaliação:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome do Avaliador:

Assinatura do Avaliador:

Considerações do avaliado:

---

---

---

---

Nome do profissional:

Assinatura do profissional:

LEI Nº 4.237, DE 19 DE JUNHO DE 2013 institui por desempenho aos dentistas do Centro de Especialidades odontológicas. Profissionais 40 horas semanais.

### **Avaliação Metas Mínimas mensais**

Mês:

Ano:

Profissional:

#### **Metas Qualitativas**

| Meta                                                                     | Forma de Apuração                   | Resultado Alcançado |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| Participar das atividades de educação permanente                         | Lista de presença                   |                     |
| Supervisão técnica ASB                                                   | Relatório de supervisão do dentista |                     |
| Participar em 75% das reuniões de equipe                                 | Lista de Presença                   |                     |
| Cumprir prazos estipulados no atendimento as solicitações da Direção/SMS | Relatório coordenação               |                     |

Resultado alcançado: cumpriu/não cumpriu

#### **Metas Quantitativas**

| Especialidade | Meta | Produção | % da Meta Alcançada |
|---------------|------|----------|---------------------|
|               |      |          |                     |

#### **Resultado**

1- Metas Qualitativas: ( ) cumpriu ( ) não cumpriu

2- Metas quantitativas: ( ) 81 a 100% das metas alcançadas

( ) 51 a 80% das metas alcançadas

( ) abaixo de 50 % das metas alcançadas

Resultado Final: Valor do incentivo: R\$

OBS: Valores conforme artigo 6º: Somente serão pagos se houver repasse pelo Ministério da Saúde.

Data da avaliação:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome do Avaliador:

Assinatura do Avaliador:

Considerações do avaliado:

---

---

---

---

Nome do profissional:

Assinatura do profissional: