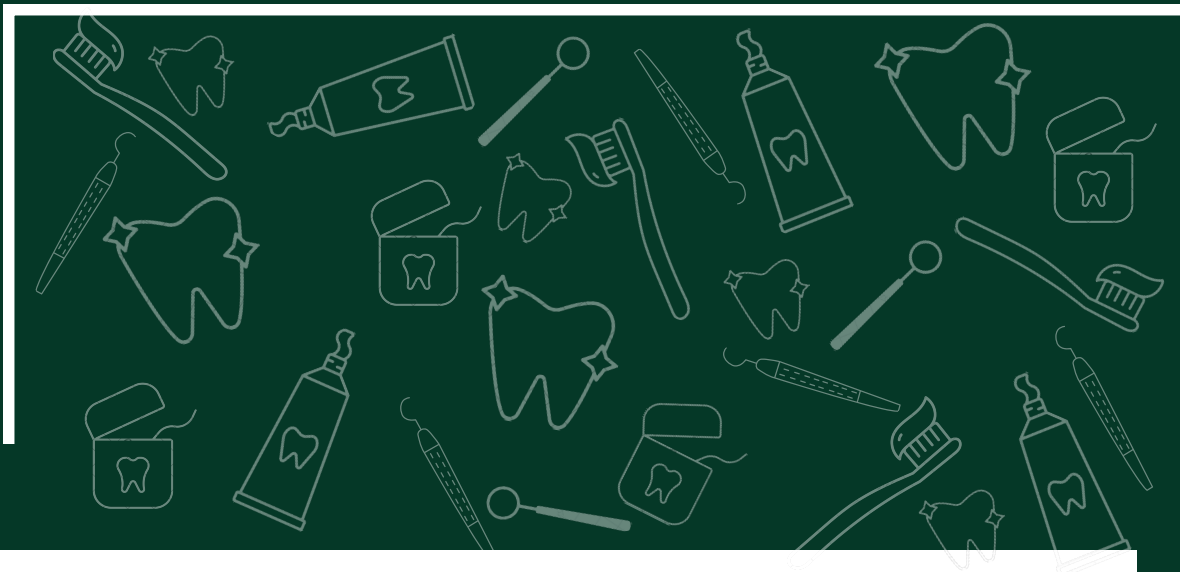




PROTOCOLO MUNICIPAL DE REGULAÇÃO DE ESPECIALIDADES **SAÚDE BUCAL**



PREFEITURA DE

TOLEDO

SECRETARIA
DA **SAÚDE**

Prefeitura Municipal de Toledo

Mario Cesar Costenaro

Lucio De Marchi

Secretaria Municipal da Saúde de Toledo

Adriane Monteiro Santana

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Karla Dayanna de Almeida Lorenssetti Roman

Coordenação de Saúde Bucal

Caroline Fernandes Marin de Toledo

Elaboração:

Juciliane Angoneze Cesaro

Caroline Fernandes Marin de Toledo

Revisão

Caroline Fernandes Marin de Toledo

Débora de Castro Costa Petrin

Daniele Fernandes Marin de Toledo

Nilton Perlin

Alessandra de Oliveira Lippert

Colaboração:

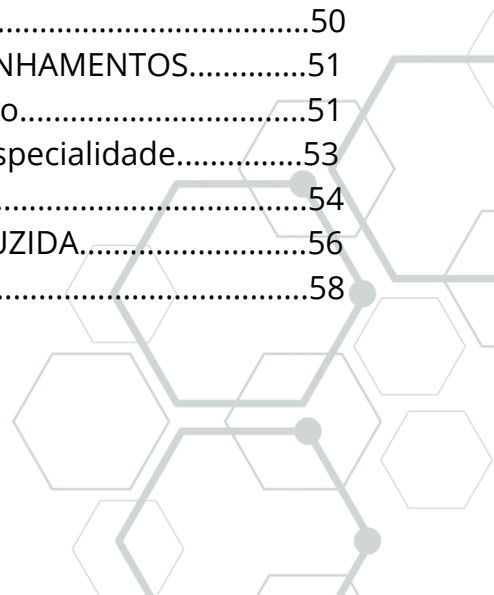
Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde

TOLEDO – 2025



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. GERENCIAMENTO DOS ENCAMINHAMENTOS.....	4
3. ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.....	6
3.1 Condições clínicas prévias a serem observadas pela APS.....	7
3.2 Situações que podem dispensar os critérios prévios.....	7
3.3 Critérios transversais de classificação de urgência.....	8
3.4 Fluxo de envio dos encaminhamentos.....	8
3.5 Endodontia.....	9
3.6 Periodontia.....	15
3.7 Prótese Dentária.....	19
3.7.1 Dispositivo Interoclusal.....	24
3.8 Cirurgia Bucomaxilofacial.....	27
3.9 Estomatologia.....	31
3.10 Odontopediatria.....	34
3.11 Pacientes com necessidades especiais.....	38
4. EXAMES DE IMAGEM.....	42
4.1 Radiografia panorâmica.....	43
4.2 Outras radiografias solicitadas por contrarreferência do CEO.....	45
4.3 Tomografia computadorizada odontológica.....	45
5. ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS REALIZADAS EM SERVIÇOS HOSPITALARES E DE REFERÊNCIA TERCIÁRIA.....	47
5.1 Trauma Facial.....	48
5.2 Fissuras Labiopalatinas, Fendas Palatinas e Anomalias Craniofaciais...	48
5.3 Cirurgia Ortognática.....	49
5.4 Lesões com suspeita de Malignidade (Câncer).....	49
5.5 Documentação obrigatória para encaminhamentos via Tratamento Fora do Domicílio (TFD).....	50
6. SITUAÇÕES ESPECIAIS RELACIONADOS AOS ENCAMINHAMENTOS.....	51
6.1 Reclassificação de gravidade do encaminhamento.....	51
6.2 Inclusão de novo encaminhamento na mesma especialidade.....	53
6.3 Exclusão de encaminhamento da lista de espera.....	54
7. TRANSPORTE DE USUÁRIOS COM MOBILIDADE REDUZIDA.....	56
REFERÊNCIAS.....	58



ANEXOS

ANEXO 1 - Índice Anamnético de Fonseca.....	59
ANEXO 2 - Fluxo de Exodontia ou Sepultamento Radicular em paciente que utiliza medicamento antirreabsortivo.....	60
ANEXO 3 - Fluxo Municipal de Encaminhamento para Frenectomia Lingual.....	62
ANEXO 4 - Orientações para solicitação de relatório médico junto aos serviços de referência oncológica.....	64
ANEXO 5 - Ficha Clínica para pacientes de Estomatologia CEO.....	65
ANEXO 6 - Fluxo histopatológico com amostra de biópsia realizada no CEO....	68
ANEXO 7 - Fluxo de encaminhamento CEAPAC.....	69
ANEXO 8 - Fluxo atendimento eletivo - TRAUMA FACIAL - HOESP.....	71
ANEXO 9 - Fluxo de encaminhamento de lesões bucais CEO, CEONC e UOPECCAN.....	72
ANEXO 10 - Fluxograma de encaminhamento para Especialidades odontológicas por faixa etária.....	73
ANEXO 11 - Formulário de Referência e Contrarreferência para TFD.....	74
ANEXO 12 - Ficha de solicitação/Autorização TFD.....	75
ANEXO 13 - Formulário de Priorização de TFD.....	77
ANEXO 14 - Critérios para Exames de imagem odontológicos.....	80
ANEXO 15 - Orientações sobre solicitação de Tomografia de maxila total e Tomografia de mandíbula total.....	81





1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), instituída em 2004 no âmbito do programa Brasil Sorridente, representou um marco na organização da atenção odontológica no Sistema Único de Saúde (SUS). A política promoveu a ampliação da oferta de serviços, a incorporação de equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde e a estruturação de uma rede de serviços voltada à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde bucal (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010).

Mais recentemente, a Lei nº 14.572, de 2023, consolidou a saúde bucal como política de Estado no SUS, reforçando a necessidade de organização de serviços integrados e da garantia do acesso da população às ações e serviços odontológicos em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2023).

No âmbito da organização do sistema de saúde, a Portaria nº 4.279/GM/MS de 2010 estabeleceu diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), definindo-as como arranjos organizativos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado.

Especificamente na área odontológica, a Portaria GM/MS nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024, instituiu a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) no âmbito do SUS, estabelecendo diretrizes para a organização da atenção odontológica nos diferentes níveis de cuidado e reforçando a integração entre Atenção Primária, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar (BRASIL, 2024).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do sistema e exerce papel central na coordenação do cuidado, sendo responsável pela resolução da maior parte das necessidades em saúde bucal, pelo acompanhamento longitudinal dos usuários e pela ordenação do acesso aos serviços especializados. As ações odontológicas de baixa e média complexidade são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio das equipes de saúde bucal.

A atenção especializada em saúde bucal é ofertada, no âmbito ambulatorial, pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), responsáveis pela realização de procedimentos de maior complexidade clínica e tecnológica, complementando as ações desenvolvidas na APS.

Na região Oeste do Paraná, o atendimento odontológico especializado é ofertado pelo Consórcio de Saúde Costa Oeste do Paraná, por meio do Centro de Especialidades Odontológicas do CISCOPAR, que constitui referência regional para os municípios pertencentes à área de abrangência da 20ª Regional de Saúde do Paraná, incluindo o município de Toledo.

Diante da necessidade de garantir a organização do acesso aos serviços especializados, evitar a fragmentação do cuidado e promover maior resolutividade da



rede, torna-se fundamental estabelecer fluxos assistenciais, critérios técnicos de encaminhamento e responsabilidades entre os diferentes pontos de atenção.

Nesse sentido, o presente **Protocolo Municipal de Regulação de Especialidades – Saúde Bucal** foi elaborado em consonância com os princípios da Política Nacional de Regulação em Saúde (Portaria GM/MS nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025), com a colaboração de profissionais da rede assistencial, com o objetivo de estabelecer critérios técnicos para o encaminhamento de usuários da Atenção Primária à Saúde para os serviços especializados ofertados no CEO - CISCOPAR.

Os critérios clínicos adicionais descritos neste protocolo aplicam-se aos encaminhamentos realizados pelas equipes de saúde bucal da rede municipal de Toledo, considerando a capacidade resolutiva da APS no município e a organização local da atenção em saúde bucal. O protocolo busca contribuir para a qualificação do cuidado, a adequada utilização dos serviços especializados, a organização das filas de espera e a promoção da equidade no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde.

Além de orientar a prática clínica e os fluxos assistenciais, este protocolo constitui também instrumento de apoio à regulação do acesso aos serviços especializados em saúde bucal no âmbito municipal. A padronização dos critérios de encaminhamento contribui para maior transparência na organização das filas de espera, utilização racional da oferta assistencial disponível e fortalecimento da integração entre os diferentes pontos da rede de atenção, garantindo maior equidade no acesso e resolutividade do cuidado.

2. GERENCIAMENTO DOS ENCAMINHAMENTOS

O encaminhamento para atendimento nas especialidades odontológicas deverá ser realizado pelo cirurgião-dentista da Atenção Primária à Saúde por meio do Sistema Integrado de Gestão em Serviços de Saúde – MV Consulfarma (SIGSS).

Uma vez emitido no sistema, o encaminhamento passa a compor automaticamente o banco de dados de solicitações de atendimento especializado, sendo a data de emissão registrada no sistema o critério oficial para inserção na lista de espera.

Após o preenchimento, o documento deverá ser impresso, assinado e entregue ao usuário, que deverá apresentá-lo na recepção da Unidade Básica de Saúde (UBS). A recepção da unidade realizará o registro da interação no sistema e encaminhará o documento físico à Secretaria Municipal de Saúde (SMS - Odontologia) por meio do malote institucional.

O documento físico possui finalidade administrativa, sendo utilizado para organização, conferência documental, auditoria e posterior envio da guia física de autorização de consulta, conforme exigências para faturamento dos procedimentos realizados no CEO – CISCOPAR.



Na Secretaria Municipal de Saúde, os encaminhamentos são organizados e arquivados de acordo com a data de emissão registrada no sistema.

Nos casos de especialidades sujeitas à regulação prévia, as solicitações passam inicialmente pela análise do cirurgião-dentista regulador, responsável por verificar o cumprimento dos critérios clínicos e administrativos estabelecidos neste protocolo. Somente após a autorização no sistema o encaminhamento passa a integrar a lista de espera da respectiva especialidade.

Encaminhamentos que não atendam aos critérios clínicos e administrativos estabelecidos neste protocolo poderão ser devolvidos à unidade de origem para reavaliação, complementação de informações ou adequação das condutas previamente realizadas.

O agendamento das consultas especializadas ocorre conforme disponibilidade de vagas e ordem da lista de espera de cada especialidade, considerando a classificação da solicitação realizada pelo profissional solicitante (normal, urgência ou emergência).

Nos casos em que houver necessidade de **priorização** do encaminhamento, o profissional deverá registrar a solicitação no sistema utilizando a classificação “**emergência**”, considerando que o sistema não dispõe de nomenclatura específica para a categoria “prioridade”.

Nesses casos, a classificação no sistema possui caráter operacional e é utilizada exclusivamente para fins de priorização do encaminhamento, não implicando, necessariamente, que o usuário apresente condição clínica de emergência.

Após a definição da data da consulta, o Departamento de Odontologia da SMS emitirá a guia de agendamento, documento necessário para auditoria e faturamento dos procedimentos realizados no CEO – CISCOPAR. Essa guia será anexada ao encaminhamento físico e enviada à recepção da UBS para entrega ao usuário e registro da interação no sistema.

O atendimento no CEO – CISCOPAR ocorrerá mediante apresentação da guia de agendamento da consulta devidamente assinada pelo responsável pelo na SMS.

As equipes de saúde bucal devem manter acompanhamento dos usuários durante o período de espera, considerando a possibilidade de alterações na condição clínica que demandem reavaliação, reclassificação de prioridade, emissão de novo encaminhamento ou cancelamento da solicitação.



3. ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Este capítulo apresenta as especialidades odontológicas ofertadas pela rede de atenção especializada em saúde bucal e estabelece os critérios técnicos para encaminhamento dos usuários da APS.

As especialidades estão organizadas em seções específicas, contemplando as seguintes informações:

- Requisitos clínicos para o encaminhamento;
- Quando não indicar;
- Indicações para encaminhamento (normal);
- Critérios para classificação de urgência;
- Critérios para priorização na fila de espera;
- Observações relevantes para a condução do caso clínico.

Todos os encaminhamentos deverão ser registrados no sistema SIGSS, no menu Atendimento Odontológico (Módulo Odontologia), na aba Encaminhamento, constituindo esse registro o documento oficial de solicitação de atendimento especializado.

Médicos e demais profissionais de saúde que identifiquem necessidade de avaliação odontológica deverão orientar o usuário para consulta com a equipe de saúde bucal na Unidade Básica de Saúde.

A indicação e o encaminhamento para especialidades odontológicas ofertadas no CEO são de competência do cirurgião-dentista, observados os critérios estabelecidos neste protocolo.



3.1 Condições clínicas prévias a serem observadas pela APS

Antes de realizar o encaminhamento para qualquer especialidade odontológica, as equipes de saúde bucal deverão, sempre que possível, promover a adequação do meio bucal e adotar as seguintes condutas:

- Realização de instrução de higiene oral e reforço das orientações de autocuidado;
- Realização de raspagem supragengival e subgengival quando indicada;
- Realização de profilaxia profissional;
- Remoção de focos infecciosos e eliminação de fatores retentivos de placa;
- Remoção de restos radiculares, quando viável na Atenção Primária;
- Selamento provisório de cavidades ou realização de Tratamento Restaurador Atraumático (ART), quando indicado.

O encaminhamento para especialidades odontológicas deverá, preferencialmente, ocorrer após o cumprimento dessas condições, exceto nas situações descritas no item 3.2.

Além das condutas clínicas, o profissional deverá orientar o usuário quanto aos seguintes aspectos:

- fluxo de acesso ao atendimento especializado;
- necessidade de acompanhamento e retornos na UBS durante o período de espera;
- obrigatoriedade de retorno à APS após o atendimento no CEO, mediante contrarreferência;
- importância da pontualidade no comparecimento às consultas agendadas;
- necessidade de novo encaminhamento em caso de falta não justificada, com reinício do tempo de espera.

3.2 Situações que podem dispensar os critérios prévios

Em situações clínicas específicas, os critérios de adequação prévia do meio bucal poderão ser flexibilizados, considerando a necessidade de avaliação especializada em tempo oportuno.

Enquadram-se nessa condição:

- Lesões suspeitas da cavidade oral que demandem avaliação diagnóstica e possível biópsia;
- Pacientes com limitações severas que impossibilitem o adequado controle de placa;
- Indicação de frenectomia em recém-nascidos com até 40 dias de vida.

Nesses casos, o encaminhamento poderá ser classificado como urgência ou “emergência” no sistema, quando houver a necessidade de priorização, conforme avaliação clínica do profissional responsável e critérios estabelecidos neste protocolo.



3.3 Critérios transversais de classificação de urgência

Algumas condições clínicas e sociais poderão justificar priorização do acesso às especialidades odontológicas, independentemente da especialidade solicitada, desde que haja justificativa clínica devidamente registrada pelo profissional solicitante.

Enquadram-se nessa condição:

- mulheres em situação de violência, conforme legislação vigente;
- gestantes, quando houver risco de agravamento do quadro clínico, presença de dor, infecção, comprometimento funcional ou possibilidade de impacto negativo sobre o cuidado gestacional;

3.4 Fluxo de envio dos encaminhamentos à SMS

Após a emissão do encaminhamento no sistema SIGSS, o documento deverá ser impresso, devidamente assinado e carimbado pelo cirurgião-dentista responsável.

O usuário deverá apresentar a guia de encaminhamento na recepção da UBS, para registro da interação no sistema SIGSS, indicando o envio da documentação ao Departamento de Odontologia da SMS por meio do malote institucional.

Após o registro da interação, a recepção da UBS deverá encaminhar a documentação física ao Departamento de Odontologia da SMS, observando os fluxos internos de malote (malote VERDE).

Alternativamente, o cirurgião-dentista poderá realizar diretamente o registro da interação no sistema SIGSS e providenciar o envio do encaminhamento físico à SMS por malote (malote VERDE).

Observação

O envio da documentação física à SMS constitui etapa obrigatória do fluxo de regulação das especialidades odontológicas, sendo necessário para fins de organização administrativa, auditoria e faturamento dos procedimentos especializados realizados no CEO – CISCOPAR.

Para encaminhamentos gerados com critério de “EMERGÊNCIA”, adicionalmente faz-se necessário avisar o setor de agendamento do departamento de Odontologia.



3.5 Endodontia

**Endodontia****Requisitos para encaminhamento:**

Antes do encaminhamento para o serviço especializado, devem ser observadas as seguintes condições:

- Adequação prévia do meio bucal, com remoção de focos infecciosos e realização de terapia periodontal básica;
- Remoção do tecido cariado e preparo inicial do dente, sempre que possível;
- Realização de abertura coronária quando indicada clinicamente;
- Colocação de medicação intracanal ou curativo de demora, quando necessário;
- Selamento provisório adequado da cavidade de acesso;
- Presença de estrutura coronária suficiente para posterior restauração;
- Condições clínicas que permitam isolamento absoluto ou possibilidade de adequação prévia;
- Estabelecimento de diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica e periodontal.

Nos casos em que houver necessidade de aumento de coroa clínica para possibilitar isolamento absoluto ou reabilitação restauradora, o paciente deverá ser previamente encaminhado para avaliação em Periodontia.

Quando NÃO indicar: ✗

- Terceiros molares sem antagonista ou com acesso clínico restrito;
- Retratamento endodôntico de dentes tratados fora do CEO (Exceto: Dentes tratados no CEO, quando houver comprovação de falha do tratamento previamente realizado);
- Dentes com perda severa de suporte periodontal e mobilidade avançada, com prognóstico desfavorável;
- Dentes com doença periodontal com envolvimento de furca, quando associados a prognóstico desfavorável para manutenção do elemento dental, considerando perda de inserção, mobilidade e impossibilidade de reabilitação;
- Dentes com estrutura coronária insuficiente para reabilitação e sem perspectiva restauradora;
- Dentes decíduos (ver Odontopediatria).
- Dentes com indicação de exodontia;



Indicação para encaminhamento (Tipo de solicitação no sistema: **NORMAL**)

Encaminhar para avaliação e tratamento endodôntico nos seguintes casos:

- Dentes permanentes com diagnóstico de comprometimento pulpar irreversível ou necrose pulpar (pacientes típicos em qualquer idade);
- Dentes permanentes acometidos por traumatismo dentoalveolar com indicação de tratamento endodôntico;
- Dentes decíduos em situação de retenção prolongada, quando houver indicação de manutenção na cavidade oral;

Critérios para classificação como **URGÊNCIA** (Tipo de solicitação no sistema: **URGÊNCIA**)

- Necessidade de tratamento endodôntico em dentes permanentes de pacientes em fase de desenvolvimento radicular (ex.: menores de 14 anos), visando preservação do elemento dental;
- Dentes que atuam como suporte de prótese parcial removível em uso;
- Pacientes com episódios recorrentes de agudização de abscessos de origem endodôntica;
- Pacientes encaminhados por profissional do CEO quando o tratamento endodôntico constitui etapa necessária para continuidade do cuidado (com contrarreferência do serviço).
- Mulheres em situação de violência, conforme legislação vigente;
- Gestantes com necessidade de tratamento endodôntico associada a dor, infecção ou risco de agravamento do quadro clínico;
- Usuários portadores de valvulopatias, endocardite bacteriana prévia, dispositivos implantáveis (marcapasso, Cardiodesfibrilador – CDI etc.).

Critérios para Priorização na fila (Tipo de solicitação no sistema: **"EMERGÊNCIA"** — utilizado apenas para fins de priorização)

- Traumatismo dentoalveolar em dentes anteriores permanentes;
- Pacientes em tratamento oncológico de cabeça e pescoço;
- Usuários de grupo de risco sistêmico com risco de osteonecrose, que não podem se submeter à exodontia do dente comprometido endodonticamente);
- Usuários que necessitam de intervenção odontológica antes da realização de procedimentos médicos (como transplantes, tratamento oncológico);



Orientações para preenchimento do encaminhamento

Em todos os encaminhamentos para Endodontia (normal, urgência e “emergência”), o profissional deverá registrar nos campos Motivo de Referência e Justificativa:

- o elemento dental a ser tratado;
- informações clínicas relevantes que possam interferir no tratamento;
- quando houver encaminhamento para mais de uma especialidade interdependente, indicar a ordem de prioridade entre os atendimentos.

Exemplo:

1º Periodontia – aumento de coroa clínica do elemento 11;

2º Endodontia – tratamento endodôntico do elemento 11.

The screenshot shows a medical software interface with a top navigation bar containing tabs: Anamnese, Informações do Usuário, SOAP, Lista de Problemas, Odontograma, Receituário, Requisição de Exames, Encaminhamento (selected), and Informações Sigilosas. Below the navigation bar, there's a section for 'Usuário do Serviço' with fields for 'Sexo' (MASCULINO), 'Def. Físico' (NÃO), and 'Idade' (40 ANO(S), 7 MÊS(ES) E 15 DIAS(S)). The 'Procedimento referência da consulta' is set to 'CIRURGIÃO DENTISTA - PERIODONTISTA'. The 'Local de Atendimento' is '01 - UBS'. The 'Tipo de solicitação' is 'NORMAL'. The 'Retorno' is 'NÃO'. The 'CID10' is 'K046 - D82 - ABSCESSO PERIAPICAL COM FÍSTULA - DOENÇA DOS DENTES/GENGIVAS'. The 'Motivo de Referência' is 'Aumento de coroa clínica dente 16', 'Encaminhamento para Endodontia do dente 16', and 'Agendar primeiro a periodontia'. The 'Justificativa' field is highlighted in yellow and contains the same text. The 'Descrição do Especialista' field is empty. At the bottom, there are buttons for 'Gravar', 'Limpar', 'Imprimir', and a question mark icon. Below these buttons is a table with columns: Especialidade / Unidade, Motivo de Referência, Status, and Retorno. At the bottom left, there is a button 'Voltar para agenda' and at the bottom right, a button 'Finalizar Atendimento'.

Orientações complementares

Retratamento de dentes tratados endodonticamente no CEO

Dentes previamente tratados endodonticamente no CEO que apresentem evidência clínica e/ou radiográfica de falha do tratamento não deverão ser inseridos em fila de espera, independentemente da data em que o tratamento foi realizado.



Nessas situações, o cirurgião-dentista da UBS deverá:

- Realizar avaliação clínica do elemento dental;
- Realizar radiografia periapical para avaliação da necessidade de retratamento;
- Anexar fotografia da radiografia ao prontuário eletrônico do paciente;
- Registrar em prontuário a justificativa;
- Orientar o paciente a retornar diretamente ao CEO para avaliação.

Para formalização da orientação no sistema SIGSS:

- Acessar o módulo Odontologia;
- Selecionar a aba Receituário;
- Escolher a opção “Demais orientações”;
- Registrar no campo digitável as orientações fornecidas ao paciente.

A orientação registrada deverá ser impressa e entregue ao paciente, juntamente com a radiografia periapical para apresentação no CEO.

A captura de tela mostra a interface do sistema SIGSS. No topo, há uma barra de navegação com abas: Anamnese, Informações do Usuário, SOAP, Lista de Problemas, Odontograma, **Receituário**, Requisição de Exames, Encaminhamento e Informações Sigilosas. Abaixo, há uma seção de dados do usuário com campos para Sexo (MASCULINO), Def. Físico (NÃO) e Idade (40 ANO(S), 7 MÊS(ES) E 15 DIA(S)). O procedimento selecionado é '0301010153 — PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA' e o local de atendimento é '01 — UBS'. A aba 'Demais Orientações' está selecionada, mostrando o texto: 'Dente 11 necessita de retratamento endodôntico. Endodontia realizada no CEO. Profissional que realizou o tratamento (quando puder identificar). Acompanha radiografia periapical.' No rodapé da tela, há botões para 'Voltar para agenda', 'Finalizar Atendimento' e 'Imprimir'.

Encaminhamentos decorrentes de contrarreferência do CEO

Nos casos em que o paciente retorne à UBS com contrarreferência do CEO solicitando avaliação por outra especialidade, o cirurgião-dentista deverá realizar novo encaminhamento pelo sistema.

Nesses casos:

- selecionar no campo Tipo de solicitação a opção URGÊNCIA;



- registrar nos campos Motivo de referência e justificativa que se trata de paciente em contrarreferência do CEO, descrevendo a conduta solicitada.

Exemplos:

- paciente encaminhado inicialmente para tratamento endodôntico que retorna com contrarreferência solicitando apicectomia;
- paciente em tratamento endodôntico que retorna com contrarreferência solicitando avaliação em Periodontia para aumento de coroa clínica.

Observações

1. Dentes com tratamento endodôntico concluído no CEO normalmente recebem selamento provisório com cimento ionômero de vidro e são contrarreferenciados para continuidade do tratamento na UBS. Recomenda-se que a restauração definitiva seja realizada prioritariamente e no menor tempo possível, uma vez que o adequado selamento coronário é fator determinante para o sucesso e a longevidade do tratamento endodôntico.
2. Devem ser observados também os critérios gerais descritos no item 3.1 deste manual.
3. Encaminhamentos realizados em desacordo com os critérios estabelecidos neste protocolo poderão ser devolvidos à unidade de origem para complementação de informações ou reavaliação do caso clínico.



3.6 Periodontia

**Periodontia****Requisitos para encaminhamento:**

Antes do encaminhamento para o serviço especializado, devem ser observadas as seguintes condições:

- Adequação prévia do meio bucal, com remoção de focos infecciosos e fatores retentivos de placa;
- Realização de terapia periodontal básica, incluindo no mínimo **três sessões** de raspagem supra e/ou subgengival;
- Exodontias indicadas já realizadas;
- tratamento de urgência de condições agudas previamente realizados (abscessos periodontais, GUNA, pericoronarite, entre outros);
- paciente com condições mínimas de controle de placa e adesão às orientações de higiene bucal (motivados);
- orientação ao paciente para levar escova dental no dia da consulta no CEO

Quando NÃO indicar: ✗

- dentes com mobilidade vertical acentuada e prognóstico desfavorável;
- dentes com severa destruição coronária (raízes residuais) sem possibilidade de reabilitação;
- profundidade de sondagem < 4 mm após terapia periodontal básica;
- enxerto gengival em região de implante;
- procedimentos de manutenção periodontal em pacientes já tratados no CEO.

Orientações para preenchimento do encaminhamento

Em todos os encaminhamentos para Periodontia (normal, urgência e “emergência”), o profissional deverá registrar, nos campos *Motivo de Referência e Justificativa*:

- procedimento solicitado;
- dentes e/ou sextantes envolvidos;
- achados clínicos relevantes (ex.: profundidade de sondagem, presença de sangramento, recessão);
- descrição da tentativa de tratamento prévio na APS e ausência de resposta;
- condições sistêmicas ou uso de medicações que possam interferir no tratamento.



Indicação para encaminhamento (Tipo de solicitação no sistema: **NORMAL**)

Encaminhar para avaliação e tratamento periodontal especializado nos seguintes casos:

- Periodontite moderada ou avançada com bolsas periodontais ≥ 5 mm, após terapia periodontal básica realizada e reavaliação na APS;
- Hiperplasia gengival com indicação de tratamento cirúrgico (gengivoplastia ou gengivectomia);
- Necessidade de aumento de coroa clínica para viabilizar procedimento restaurador ou endodôntico;
- Recessões gengivais com indicação de enxerto gengival;
- Defeitos periodontais com indicação de abordagem cirúrgica;
- Necessidade de raspagem e alisamento radicular em casos não responsivos à terapia periodontal básica na APS;
- Correção de bridas musculares quando a inserção interferir na higienização ou estiver associada à recessão gengival;
- Frenectomia labial inferior associada à retração gengival;
- Necessidade de contenção por esplintagem em dentes com mobilidade decorrente de doença periodontal avançada;
- Presença de bolsas periodontais associadas à hiperplasia gengival que dificultem a higienização ou a restauração adequada.

Critérios para classificação como **URGÊNCIA** (Tipo de solicitação no sistema: **URGÊNCIA**)

- doença periodontal com progressão rápida, associada a sangramento intenso, dor ou risco de perda dentária iminente, não responsiva a terapia periodontal básica (3 sessões de raspagem supra e/ou subgengival);
- necessidade de intervenção em dentes pilares de prótese parcial removível em uso;
- pacientes em contrarreferência do CEO que necessitem de continuidade do cuidado em outra especialidade;
- mulheres em situação de violência, conforme legislação vigente;
- gestantes com doença periodontal associada a sinais inflamatórios importantes, dor, sangramento intenso ou risco de agravamento do quadro clínico.



Critérios para Priorização na fila

(Tipo de solicitação no sistema: "**EMERGÊNCIA**" — utilizado apenas para fins de priorização)

- Usuários que necessitam de intervenção odontológica antes de procedimentos médicos, como transplantes ou tratamentos oncológicos;
- Usuários em tratamento oncológico (químico ou radioterapia);

Especificação do procedimento solicitado

O encaminhamento deverá indicar claramente o tipo de procedimento, conforme as opções abaixo:

- **Consulta com periodontista para avaliação e conduta:** descrever hipótese diagnóstica e objetivo da avaliação, indicando dentes ou sextantes envolvidos. Ex: avaliação e conduta quanto à possibilidade de enxerto gengival do dente 31.
- **Raspagem corono-radicular (por sextante):** indicar dentes ou sextantes e profundidade das bolsas periodontais.
- **Enxerto gengival:** indicar dentes ou sextantes com recessão gengival.
- **Gengivectomia / Gengivoplastia (por sextante):** indicar presença de hiperplasia gengival e localização.
- **Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante):** indicar região e hipótese clínica ou justificativa.
- **Correção de bridas musculares:** descrever localização e quantidade de bridas.

Informações Complementares

- descrição da tentativa de tratamento já realizada na APS, quando houver;
- registro de condição clínica ou medicamentosa relevante para o procedimento.

OBS: Devem ser observados também os critérios gerais descritos no item 3.1 deste manual.



3.7 Prótese Dentária

**Prótese****Requisitos para encaminhamento:**

Antes do encaminhamento para o serviço especializado, devem ser observadas as seguintes condições:

- adequação prévia do meio bucal, incluindo restaurações, exodontias e tratamento periodontal básico;
- ausência de focos infecciosos ativos;
- conclusão do tratamento clínico na APS (TC), salvo situações excepcionais devidamente justificadas;

Quando NÃO indicar: ✗

- presença de dentes inclusos que demandem abordagem cirúrgica prévia;
- presença de lesões bucais não diagnosticadas ou que contraindiquem a reabilitação;
- presença de dentes com mobilidade acentuada sem definição de conduta;
- presença de dentes com destruição coronária severa sem planejamento definido;
- pacientes com tratamento clínico não concluído na APS (exceto situações justificadas);

Orientações para preenchimento do encaminhamento

O profissional deverá registrar:

- tipo de prótese solicitada (PT ou PPR);
- arcada envolvida (superior, inferior ou ambas);
- condições clínicas relevantes;
- quando houver mais de uma especialidade envolvida, indicar a ordem de prioridade.

Exemplo:

1º Cirurgia Bucomaxilofacial – cirurgia pré-protética

2º Prótese – prótese total superior



Indicação para encaminhamento (Tipo de solicitação no sistema: **NORMAL**)

Encaminhar para avaliação e reabilitação protética nos seguintes casos:

- usuários desdentados totais necessidade de confecção de prótese total (PT);
- usuários desdentados parciais com necessidade de confecção de prótese parcial removível (PPR);
- necessidade de planejamento e confecção de dispositivo interoclusal (placa oclusal), conforme critérios específicos;
- necessidade de reembasamento ou reparo de próteses confeccionadas no CEO, independentemente do tempo de uso;
- substituição de próteses desgastadas que ainda oferecem funcionalidade temporária;

Critérios para classificação como **URGÊNCIA** (Tipo de solicitação no sistema: URGÊNCIA)

- perda recente de dentes anteriores com impacto estético e funcional relevante;
- fratura de prótese total com comprometimento do uso;
- prótese total mal adaptada com ulceração traumática recorrente;
- perda acentuada de dimensão vertical com impacto funcional (mastigação, dor, desconforto articular);
- pacientes desdentados totais sem uso prévio de prótese com prejuízo funcional significativo;
- pacientes em contrarreferência do CEO com necessidade de continuidade do cuidado;
- mulheres em situação de violência, conforme legislação vigente.

Critérios para Priorização na fila (Tipo de solicitação no sistema: "**EMERGÊNCIA**" — utilizado apenas para fins de priorização)

- Usuários acima de 80 anos, com edentulismo completo ou parcial severo que comprometem a mastigação e levam à desnutrição ou dificuldades alimentares;

Situações específicas

Em situações sociais em que a manutenção do paciente desdentado represente prejuízo relevante, o encaminhamento poderá ser realizado mesmo com exodontias pendentes, desde que a condição seja devidamente registrada no encaminhamento.

Quando o encaminhamento atingir a posição de agendamento na lista de espera, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) notificará a Unidade Básica de Saúde, por meio de registro no sistema SIGSS (interação) e envio de comunicação via malote institucional, para que o cirurgião-dentista realize as exodontias pendentes e conclua o tratamento clínico.

Somente após essa confirmação o agendamento será efetivado.



Cadastro De Interação Com Usuário Do Serviço

Interação

Data: 18/06/2026 Hora: 08:01:05 Usuário do Serviço: 99744513-1 - TESTE CNS Protocolo: *

Tipo: ODONTOLOGIA Unidade de Saúde: ODONTO ESP JARDIM EUROPA Responsável pela Interação: CAROLINE FERNANDES MARIN DE TOLEDO

Observação: Tratamento concluído. Realizar agendamento no CEO para Prótese.

Data	Hora	Tipo	Protocolo	Unidade Saúde	Profissional	Observação	Usuário
28/04/2026	16:23	LISTA DE ESPERA	202604281624008	HOSPITAL DE CLINICAS CURITIBA	DESENVOLVIMENTO CONSULTAR teste	ASDFNA,MSF AS,DNFA,S,MPN,AS A,S,DNFA,M,SDNFS A,SMONF,ASMN,AS ASMOFN,ASMNDF, ASMN,ASMNDF, A,SMON,A,SDNF,	TESTE CNS
29/03/2022	12:22	ESPECIALIDADES	202203291222334	EMAD EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	ELIANA BENATTI		TESTE CNS

Página 1 de 1 Exibindo 1 - 2 de 2

Gravar Limpar Agendamento Consulta

Reparos e ajustes em próteses do CEO

- próteses confeccionadas no CEO possuem garantia de 1 ano a partir da data de entrega registrada na contrarreferência;
- casos de necessidade de ajuste, reembasamento ou fratura devem ser encaminhados diretamente ao CEO, independentemente do período de garantia;
- nesses casos, não realizar novo encaminhamento nem inserir o paciente em fila de espera;
- Quando constatado **mau uso da prótese**, incluindo quedas, fraturas por manuseio inadequado ou tentativas de ajuste pelo próprio usuário, perde-se a garantia do CEO, independentemente do prazo decorrido desde a entrega. Havendo necessidade de nova prótese, deverá ser realizado novo encaminhamento, com reinício do processo.

O profissional da UBS deverá:

- orientar o paciente a procurar diretamente o CEO;
- registrar a orientação no sistema SIGSS (módulo Odontologia → aba "Receituário" → opção "Demais orientações");
- imprimir e entregar o documento ao paciente.

Reencaminhamento

- não realizar novo encaminhamento antes de 1 ano da entrega da prótese, salvo justificativa clínica;
- em casos de mau uso, o novo encaminhamento deverá conter justificativa técnica.



Arquivos

Anamnese Informações do Usuário SOAP Lista de Problemas Odontograma **Receituário** Requisição de Exames Encaminhamento Informações Sigilosas

Usuário do Serviço
 99744513-1 - TESTE CNS
 Sexo: MASCULINO Def. Físico: NÃO Idade: 40 ANO(S), 7 MÊS(ES) E 15 DIA(S)
 Procedimento referência da consulta: 0301010153 — PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA
 Local de Atendimento: 01 — UBS

Medicamentos Prescrições Anteriores **Demais Orientações**

Tipo Prescrição
 Ambulatorial

Demais Orientações *
 Paciente compareceu na UBS apresentando dificuldade na utilização da prótese realizada no CEO pelo profissional (fulano), entregue ao paciente na data (xx/xx/xxxx).
 Foram realizados ajustes, sem sucesso, na UBS.
 Oriente paciente a retornar no CEO para avaliação e conduta.
 Contato do CEO: Enviar Mensagem pelo WhatsApp (45) 3125-2630

Imprimir Orientação

Gravar Imprimir

Voltar para agenda Finalizar Atendimento

3.7.1 DISPOSITIVO INTEROCLUSAL

Indicação para encaminhamento (Tipo de solicitação no sistema: **NORMAL**)

Encaminhar para avaliação e confecção de dispositivo interoclusal nos seguintes casos:

- pacientes com diagnóstico de Disfunção Temporomandibular (DTM) moderada ou severa, conforme classificação obtida pelo Índice Anamnético de Fonseca (1992) (**ANEXO 1**), com pontuação superior a **45 pontos**;
- pacientes com desgastes dentários severos, recessões gengivais, fraturas dentárias ou de restaurações relacionadas a parafunções, quando houver comprometimento funcional e/ou estético relevante;
- pacientes em que haja indicação clínica de proteção oclusal no contexto de cuidado multidisciplinar.



Requisitos para encaminhamento

Antes do encaminhamento para avaliação especializada, devem ser observadas as seguintes condições:

- realização de avaliação clínica e exclusão de causas odontológicas locais de dor;
- aplicação do Índice Anamnético de Fonseca (1992) como instrumento auxiliar para classificação da DTM;
- manejo inicial na APS, quando aplicável, incluindo orientações sobre hábitos parafuncionais, medidas conservadoras, terapêutica medicamentosa e acompanhamento clínico;
- adequação do meio bucal e controle de condições agudas;
- presença de suporte dentário suficiente para utilização do dispositivo interoclusal.

Situações em que o encaminhamento NÃO é indicado

- pacientes usuários de prótese total;
- pacientes com ausência de elementos dentários posteriores que inviabilizem suporte oclusal adequado;
- pacientes com fraturas pontuais isoladas em restaurações, sem sinais clínicos de parafunção ou DTM;
- pacientes com facetas ou tratamentos estéticos em que o dispositivo seja solicitado exclusivamente para fins preventivos, sem indicação clínica estabelecida;
- pacientes com desgastes dentários compatíveis com o envelhecimento fisiológico, sem sinais ou sintomas de DTM;
- pacientes com necessidade prioritária de reabilitação protética por prótese parcial removível ou prótese total ainda não concluída.

Orientações para preenchimento do encaminhamento

Nos campos **Motivo de Referência** e **Justificativa**, o profissional deverá informar:

- hipótese diagnóstica ou diagnóstico relacionado à DTM;
- escore obtido no **Índice Anamnético de Fonseca (ANEXO 1)**;



- principais sinais e sintomas apresentados;
- presença de desgastes dentários, fraturas, recessões gengivais ou outras alterações relacionadas à parafunção;
- tratamentos e condutas previamente realizados na APS.

Observações

- casos leves de DTM poderão ser inicialmente acompanhados pela Atenção Primária à Saúde, conforme avaliação clínica do cirurgião-dentista, priorizando medidas conservadoras e monitoramento da evolução clínica;
- devem ser observadas também as condições clínicas prévias descritas no item 3.1 deste manual;
- encaminhamentos realizados em desacordo com os critérios estabelecidos neste protocolo poderão ser devolvidos à unidade de origem para complementação de informações ou reavaliação clínica.



3.8 Cirurgia Buco maxilofacial



Cirurgia Bucomaxilofacial

Requisitos para encaminhamento:

Antes do encaminhamento para o serviço especializado, devem ser observadas as seguintes condições:

- realização de radiografia panorâmica;
- informar nos campos Motivo de Referência e Justificativa se o paciente já possui a radiografia e orientá-lo a levá-la no dia da consulta no CEO;
- adequação prévia do meio bucal, com eliminação de focos infecciosos cuja presença possa interferir no procedimento cirúrgico especializado.

Quando NÃO indicar: ✗

- dentes erupcionados, funcionais, assintomáticos e livres de doença, com possibilidade de manutenção clínica;
- remoção profilática de terceiros molares assintomáticos;
- ausência de radiografia panorâmica.

Orientações para preenchimento do encaminhamento:

Nos campos Motivo de Referência e Justificativa, o profissional deverá informar:

- condição do elemento dental (incluso, semi-incluso, impactado ou erupcionado);

Exemplo: Elemento 18 e 28 inclusos; elemento 38 impactado; elemento 48 erupcionado.

- se o paciente já possui radiografia panorâmica;
- quando necessário (se o paciente não possui), anexar a solicitação de radiografia panorâmica ao encaminhamento cirúrgico;
- medicações em uso, condições sistêmicas ou outras situações clínicas que possam impactar o tratamento.

Observações

- pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço ou em uso de medicamentos antirreabsortivos devem seguir fluxo específico descrito no **ANEXO 2**;
- devem ser observadas também as condições clínicas prévias descritas no item 3.1 deste manual;



Indicação para encaminhamento (Tipo de solicitação no sistema: **NORMAL**)

Encaminhar para avaliação e tratamento em Cirurgia Bucomaxilofacial nos seguintes casos:

- terceiros molares inclusos, semi-inclusos ou impactados, com comprovação radiográfica;
- dentes retidos, impactados ou anquilosados, com comprovação radiográfica;
- dentes supranumerários, com comprovação radiográfica;
- terceiros molares associados a pericoronarite recorrente;
- terceiros molares com reabsorção interna ou externa;
- terceiros molares com posição ectópica associada a complicações clínicas;
- irregularidades do rebordo alveolar ou tuberosidade maxilar que interfiram na reabilitação protética;
- necessidade de exodontias múltiplas associadas à regularização do rebordo alveolar;
- necessidade de ulectomia ou ulotomia;
- frenectomia lingual, para pacientes entre **6 a 12 anos de idade (ANEXO 3)**;
- frenectomia lingual > 12 anos;
- frenectomia labial superior após erupção dos caninos permanentes;
- frenectomia labial inferior em que não há retração gengival envolvida;
- correção de comunicação buco-sinusal;
- remoção de torus palatino ou mandibular;
- curetagem periapical e apicectomia, com ou sem obturação retrógrada;
- excisão de cálculos salivares e tratamento de fenômenos de retenção salivar;
- redução ambulatorial de fratura alvéolo-dentária, quando indicada;
- avaliação para exodontia ou sepultamento dentário em pacientes usuários de medicamentos antirreabsortivos ou submetidos à radioterapia em região de cabeça e pescoço (conforme fluxo específico – **ANEXO 2**).

Para pacientes em uso de medicamentos antirreabsortivos, registrar no encaminhamento:

“Solicito avaliação quanto à exodontia ou sepultamento do elemento dental nº ____ em paciente em uso de medicação antirreabsortiva. Caso haja viabilidade clínica, solicita-se realização do procedimento.”



Critérios para classificação como **URGÊNCIA**

(Tipo de solicitação no sistema: **URGÊNCIA**)

- quadro doloroso persistente sem resolução após medidas clínicas realizadas na APS;
- pacientes em contrarreferência do CEO, quando a cirurgia constitui etapa necessária para continuidade do tratamento;
- mulheres em situação de violência, conforme legislação vigente;

Critérios para Priorização na fila

(Tipo de solicitação no sistema: **"EMERGÊNCIA"** — utilizado apenas para fins de priorização)

- terceiros molares com posição ectópica associados a complicações importantes (ex.: reabsorção radicular do segundo molar adjacente);
- dentes com complicações decorrentes de tentativa prévia de exodontia na APS;
- pacientes oncológicos de cabeça e pescoço, antes, durante ou após tratamento quimioterápico ou radioterápico.
- Para pacientes oncológicos, deverá ser anexado ao encaminhamento:
 - relatório ou laudo médico contendo medicações utilizadas, doses administradas, áreas irradiadas e dose total de radiação recebida (Gray – Gy).

O fluxo para solicitação de relatório médico junto aos serviços de referência em oncologia encontra-se descrito no **ANEXO 4** deste protocolo.



3.9 Estomatologia



Estomatologia

Requisitos para encaminhamento:

Antes do encaminhamento, deverão ser observadas as seguintes condições:

- preenchimento da **Ficha Clínica para Estomatologia** do CEO (**ANEXO 5**);
- nos casos de ulcerações traumáticas, sempre que possível, remover previamente fatores causais locais, como:
 - arestas cortantes dentárias;
 - raízes residuais;
 - próteses mal adaptadas;
- realizar reavaliação clínica antes do encaminhamento, exceto quando houver suspeita de malignidade, hipótese em que o encaminhamento não deve ser postergado.

Quando NÃO indicar: ✗

Condições passíveis de manejo clínico na UBS, tais como:

- candidíase oral;
- aftas recorrentes sem sinais de alarme;
- estomatite herpética;
- torus sem comprometimento funcional ou indicação cirúrgica;
- alterações compatíveis com variações anatômicas da normalidade.

Orientações para preenchimento do encaminhamento:

Nos campos Motivo de Referência e Justificativa, o profissional deverá informar:

- hipótese diagnóstica;
- características clínicas da lesão (ex.: mancha branca, úlcera, lesão pigmentada, bordas elevadas, endurecimento, sangramento);
- localização anatômica da lesão;
- tempo de evolução;
- tratamentos clínicos ou medicamentosos previamente instituídos;
- fatores de risco associados, quando presentes (tabagismo, etilismo, exposição solar, histórico oncológico).
- Quando pertinente, registrar: **“Solicito avaliação especializada e, se indicado, realização de biópsia/remoção da lesão.”**

Observações

- Recomenda-se exame sistemático dos tecidos bucais e cadeias ganglionares, mantendo vigilância ativa para detecção precoce de alterações.
- O fluxograma de exame histopatológico realizado no CEO encontra-se descrito no **ANEXO 6** deste protocolo.
- O acompanhamento longitudinal do usuário após alta ou contrarreferência do CEO deverá ser realizado pela UBS.
- Devem ser observados também os critérios gerais descritos no item 3.1 deste manual.



Indicação para encaminhamento (Tipo de solicitação no sistema: **NORMAL**)

Encaminhar para avaliação em Estomatologia nos seguintes casos:

- alterações em tecidos moles e duros da cavidade oral não compatíveis com variações de normalidade;
- lesões brancas, vermelhas ou pigmentadas (exceto variações fisiológicas), hipertrofias, nódulos, vesículas, bolhas, ulcerações, áreas de endurecimento ou aumento de volume em mucosa oral (exceto abscessos odontogênicos);
- alterações associadas à dificuldade de movimentação lingual, sensação de dormência ou disfagia sem causa odontológica evidente;
- lesões bucais persistentes por período superior a 15 dias, sem sinais de regressão clínica;
- pacientes com fatores de risco para câncer de boca associados a alterações bucais suspeitas, especialmente: idade superior a 40 anos; tabagismo; etilismo; história prévia de câncer bucal; exposição ocupacional contínua ao sol ou substâncias químicas;
- necessidade de remoção de pequenos cistos, lesões benignas e corpos estranhos em tecidos bucais;
- indicação de marsupialização de lesões.

Critérios para classificação como **URGÊNCIA** (Tipo de solicitação no sistema: **URGÊNCIA**)

- lesões persistentes por mais de 2 semanas associadas a sinais de alerta, tais como: endurecimento; sangramento espontâneo; crescimento progressivo; dor persistente sem causa definida;
- pacientes em contrarreferência do CEO que necessitem continuidade diagnóstica ou terapêutica;

Critérios para Priorização na fila (Tipo de solicitação no sistema: "**EMERGÊNCIA**" — utilizado apenas para fins de priorização)

- suspeita clínica de neoplasia maligna ou lesões potencialmente malignas com forte suspeição diagnóstica;
- pacientes oncológicos em acompanhamento ou preparação para tratamento quimioterápico/radioterápico de cabeça e pescoço.



3.10 Odontopediatria



Odontopediatria

Requisitos para encaminhamento:

Antes do encaminhamento, deverão ser observadas as seguintes condições:

- Realização de, no mínimo, **três** tentativas de adequação comportamental, devidamente registradas em prontuário;
- Avaliação da possibilidade de atendimento por outro cirurgião-dentista da unidade, quando pertinente;
- Tentativa de estabilização do quadro clínico na APS, sempre que possível, por meio de medidas minimamente invasivas, tais como: ART, carióstáticos, fluorterapia, controle de dieta e orientações de higiene bucal;
- Nos casos de frenectomia solicitada por outros profissionais (fonoaudiólogo, pediatra, consultora de amamentação ou outros), o cirurgião-dentista deverá realizar avaliação clínica prévia para confirmação da indicação e anexar o documento de solicitação ao encaminhamento no SIGSS.

Quando NÃO indicar: ✗

- Crianças que permitam atendimento após condicionamento comportamental na UBS;
- Necessidade exclusiva de profilaxia ou aplicação tópica de flúor;
- Casos em que a doença possa ser controlada adequadamente na APS por meio de tratamento restaurador atraumático, medidas preventivas ou estabilização clínica, independentemente da idade do paciente.

Orientações para preenchimento do encaminhamento:

Nos campos Motivo de Referência e Justificativa, o profissional deverá informar:

- Número de tentativas de condicionamento comportamental realizadas e descrição objetiva das dificuldades encontradas;
- Procedimentos já realizados na APS;
- Necessidade odontológica específica do paciente;
- Planejamento assistencial previsto entre APS e CEO, quando aplicável.

Exemplos:

- Paciente colaborativo com **tratamento compartilhado**:
“Endodontia do elemento 51. Demais necessidades odontológicas serão conduzidas na UBS.”
- Paciente de difícil manejo com necessidade de **tratamento integral**:
“Endodontia do elemento 51 associada à avaliação e tratamento das demais necessidades odontológicas em ambiente especializado.”



Indicação para encaminhamento (Tipo de solicitação no sistema: **NORMAL**)

Encaminhar para avaliação em Odontopediatria nos seguintes casos:

1. Crianças com dificuldade de manejo comportamental

- Crianças típicas ou atípicas de **0 a 12 anos**, com necessidade de **tratamento em dentes decíduos**, que não permitam a realização segura do tratamento odontológico na UBS, após tentativas de condicionamento comportamental.

2. Necessidade de procedimentos especializados em dentes decíduos

- Tratamento endodôntico em dentes decíduos mono ou multirradiculares, vitais ou necrosados;
- Pulpotomia em dentes decíduos;
- Instalação de coroas de polícarbonato ou resina acrílica, preferencialmente em dentes anteriores decíduos;
- Ulectomia ou ulotomia;
- Frenectomia lingual em crianças até 6 anos (seguir fluxograma – **ANEXO 3**);
- Frenectomia labial superior (6 a 12 anos caso necessite de manejo de comportamento antes de ir pra Cirurgia bucomaxilofacial - preferencialmente após erupção dos caninos superiores);
- Exodontia de dentes decíduos em pacientes com dificuldade de manejo na APS;
- Exodontia de dentes supranumerários;
- Condicionamento do paciente infantil para posterior continuidade do tratamento odontológico.

3. Necessidade de procedimentos especializados em dentes permanentes

Encaminhamentos específicos conforme procedimento e perfil do paciente (ver Fluxograma conforme faixa etária do paciente **(ANEXO 10)**). Exemplos:

Endodontia/Pulpotomia em dentes permanentes (<12 anos):

- Pacientes colaborativos → encaminhar para **Endodontia**;
- Pacientes não colaborativos → encaminhar para **Odontopediatria** para condicionamento de comportamento.

Frenectomia lingual/labial em pacientes <12 anos:

- Pacientes colaborativos → encaminhar para **Cirurgia Bucomaxilofacial**;
- Pacientes não colaborativos → encaminhar para **Odontopediatria** para condicionamento de comportamento.

Exodontia de dentes permanentes em pacientes <12 anos:

- Pacientes colaborativos → encaminhar para **Cirurgia Bucomaxilofacial** somente na impossibilidade de realização na APS (com justificativa fundamentada);
- Pacientes não colaborativos → encaminhar para **Odontopediatria** para condicionamento de comportamento.



Critérios para classificação como **URGÊNCIA**

(Tipo de solicitação no sistema: URGÊNCIA)

- Dor odontogênica persistente em pacientes de difícil manejo, sem resolução adequada com medidas realizadas na APS.

Critérios para Priorização na fila

(Tipo de solicitação no sistema: "**EMERGÊNCIA**" — utilizado apenas para fins de priorização)

- Frenectomia lingual em recém-nascidos com até **40 dias de vida**.

Observações

- O CEO – CISCOPAR não realiza sedação odontológica, devendo o acompanhante/responsável ser orientado quanto às limitações do serviço, evitando expectativas inadequadas sobre o tratamento.
- Após tratamento endodôntico em dentes decíduos, o selamento coronário é habitualmente realizado com cimento ionômero de vidro, sendo necessário retorno à UBS para acompanhamento e manutenção restauradora quando indicado.
- Devem ser observados também os critérios gerais descritos no item 3.1 deste manual.



3.11 Pacientes com Necessidades Especiais

**Odontologia para pacientes com necessidades especiais****Requisitos para encaminhamento:**

Antes do encaminhamento, deverão ser observadas as seguintes condições:

- Realização de no mínimo duas tentativas registradas de atendimento odontológico na UBS, incluindo as estratégias de manejo empregadas e das dificuldades encontradas;
- Avaliação da possibilidade de atendimento compartilhado, apoio matricial ou participação de outro profissional da equipe, quando disponível;
- Tratamento de situações de urgência possível na APS, quando houver viabilidade clínica.

Quando NÃO indicar: ✗

- Pessoas idosas, cadeirantes, com deficiência auditiva, visual ou de fala que permitam atendimento odontológico convencional na UBS;
- Pessoas com transtornos mentais leves, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ou hiperatividade isolada quando houver possibilidade de manejo clínico na APS;
- Pessoas com Síndrome de Down, TEA nível 1 ou outras condições que não impeçam o atendimento odontológico convencional, desde que colaborativas;
- Situações em que a dificuldade esteja relacionada exclusivamente à necessidade de adaptação da equipe ou do ambiente, sem limitação real ao atendimento.

Orientações para preenchimento do encaminhamento:

Nos campos Motivo de Referência e Justificativa, o profissional deverá informar:

- Queixa principal e necessidade odontológica apresentada;
- Condição clínica ou deficiência do paciente;
- Diagnóstico médico de base (definitivo ou provável), quando houver;
- Medicações de uso contínuo relevantes para o atendimento odontológico;
- Número de tentativas de atendimento realizadas na UBS;
- Estratégias de manejo utilizadas e dificuldades encontradas (comportamentais, físicas, clínicas ou relacionadas ao risco assistencial);
- Nos casos de atendimento compartilhado, especificar qual procedimento não pôde ser realizado na UBS e qual(is) elemento(s) dentário(s) está(ão) envolvido(s).

A equipe especializada definirá, mediante avaliação clínica, se o acompanhamento odontológico do paciente será mantido no CEO ou compartilhado com a APS, mediante contrarreferência.



Indicação para encaminhamento (Tipo de solicitação no sistema: **NORMAL**)

Encaminhar para avaliação na especialidade de Pacientes Especiais nos seguintes casos:

- usuários a partir de **12 anos de idade** que apresentem limitações físicas, cognitivas, comportamentais, neurológicas ou sistêmicas que impossibilitem a realização do tratamento odontológico convencional na Atenção Primária à Saúde, após pelo menos duas tentativas de atendimento na UBS, incluindo estratégias de adaptação e manejo.

Incluem-se, entre os casos indicados:

- Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em níveis de suporte elevados, quando houver impossibilidade de manejo clínico na UBS;
- Pessoas com deficiência intelectual moderada ou grave, síndromes genéticas, doenças neurodegenerativas ou condições neurológicas associadas a limitações importantes de cooperação;
- Pessoas com demências, incluindo doença de Alzheimer, quando houver comprometimento funcional que inviabilize o atendimento convencional;
- Usuários com movimentos involuntários severos, risco aumentado de broncoaspiração ou reflexo nauseoso exacerbado;
- Pacientes com importante limitação comportamental, agressividade ou ausência de cooperação que impossibilitem a realização segura do procedimento odontológico na APS;
- Crianças ou adolescentes maiores de 12 anos com difícil manejo clínico e impossibilidade de atendimento na UBS;
- Pacientes acamados, quando esgotadas as possibilidades de atendimento domiciliar, conforme protocolo municipal específico.

Critérios para classificação como **URGÊNCIA** (Tipo de solicitação no sistema: **URGÊNCIA**)

- Dor odontológica persistente não controlada por medidas clínicas e medicamentosas, quando a condição do paciente inviabilizar atendimento convencional na UBS;
- Processos infecciosos ou condições agudas em pacientes sem possibilidade de manejo na APS;
- Pacientes em contrarreferência do CEO para continuidade do cuidado em outra especialidade.



CrITÉRIOS para Priorização na fila

(Tipo de solicitação no sistema: "**EMERGÊNCIA**" — utilizado apenas para fins de priorização)

- Dor odontológica associada a comprometimento sistêmico, incluindo prejuízo alimentar, desidratação ou risco nutricional decorrente da condição bucal;
- Pacientes cuja condição sistêmica ou funcional possa sofrer agravamento importante em decorrência da impossibilidade de tratamento odontológico oportuno.

Observações

1. O atendimento especializado ao paciente com necessidades especiais não substitui o papel da APS no acompanhamento longitudinal e nas ações preventivas e de manutenção da saúde bucal.
2. Devem ser observados também os critérios gerais descritos no item 3.1 deste manual.
3. Nos casos de **pacientes acamados**, com importante limitação de mobilidade que necessitem comparecer ao serviço especializado, o usuário ou responsável deverá ser orientado quanto à necessidade de solicitação prévia de transporte sanitário junto ao setor de transporte da Secretaria Municipal de Saúde.

Nos casos em que houver contrarreferência do CEO com indicação de atendimento odontológico hospitalar, deverá ser seguido o fluxo de encaminhamento do CEAPAC – Atendimento Hospitalar ao Paciente com Necessidades Especiais, conforme **ANEXO 7** deste protocolo.



4. EXAMES DE IMAGEM



Os exames de imagem constituem ferramenta complementar ao diagnóstico e planejamento terapêutico na Atenção Primária e na Atenção Especializada, devendo sua solicitação estar fundamentada em critérios clínicos, hipótese diagnóstica e impacto esperado na conduta terapêutica.

As indicações para solicitação de exames de imagem descritas neste protocolo foram elaboradas com base nos princípios da prevenção quaternária, na avaliação da necessidade clínica individual e nas orientações técnicas adotadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR), constantes no documento orientador de exames complementares em odontologia (**ANEXO 14**).

Atualmente, a rede municipal disponibiliza os seguintes exames de imagem para apoio ao cuidado odontológico:

4.1 Radiografia Panorâmica

Indicação para encaminhamento (Tipo de solicitação no sistema: **NORMAL**)

Solicitar radiografia panorâmica nos seguintes casos:

- Suspeita de patologias ósseas dos maxilares;
- Suspeita de agenesia múltipla de dentes permanentes após período esperado de erupção;
- Trauma dentoalveolar ou facial com suspeita de fratura óssea;
- Doença periodontal avançada, com bolsas profundas e justificativa clínica que sustente a necessidade do exame;
- Planejamento cirúrgico de terceiros molares inclusos, semi-inclusos ou impactados;
- Planejamento de exodontias múltiplas;
- Casos em que, após avaliação clínica e realização de radiografia periapical na UBS, persistam dúvidas diagnósticas ou necessidade de avaliação ampliada das estruturas maxilomandibulares que impactem diretamente na definição da conduta terapêutica.

Critérios para classificação como **URGÊNCIA** (Tipo de solicitação no sistema: **URGÊNCIA**)

- Necessidade de planejamento de exodontias múltiplas que serão realizadas na UBS;
- Suspeita de lesão óssea com necessidade de esclarecimento diagnóstico em tempo oportuno;
- Trauma facial ou dentoalveolar com suspeita de fratura.



Crítérios para Priorização na fila

(Tipo de solicitação no sistema: "**EMERGÊNCIA**" — utilizado apenas para fins de priorização)

- Sem indicação específica.

Radiografia Panorâmica
Requisitos para solicitação: Antes da solicitação do exame, deverão ser observadas as seguintes condições: • Utilização prévia da radiografia periapical na UBS, quando disponível e clinicamente aplicável, nos casos em que o exame localizado seja suficiente para avaliação diagnóstica; • Justificativa clínica registrada no sistema SIGSS, demonstrando a necessidade da radiografia panorâmica quando a radiografia periapical for insuficiente para definição diagnóstica ou planejamento terapêutico; • Nos casos de encaminhamento concomitante para a especialidade de Cirurgia Bucomaxilofacial, a guia de solicitação da radiografia panorâmica deverá ser anexada ao encaminhamento da especialidade, considerando que a autorização do exame ocorrerá em período próximo à liberação da vaga especializada; • Quando a radiografia panorâmica tiver finalidade de subsidiar avaliação clínica, definição de conduta ou tomada de decisão terapêutica na própria UBS, deverá ser encaminhada somente a guia de solicitação do exame, sem vinculação a encaminhamento especializado.
Quando NÃO indicar: ✗ • Avaliação de lesões de cárie; • Planejamento de tratamentos não contemplados pela linha de cuidado municipal, como ortodontia e implantodontia; • Solicitação para avaliação periódica de rotina, sem indicação clínica; • Avaliação endodôntica isolada; • Dentição mista sem suspeita de alteração no desenvolvimento, anomalias dentárias ou distúrbios eruptivos.
Orientações para preenchimento da solicitação: No campo Justificativa, o profissional deverá informar: • O motivo clínico da solicitação; • A hipótese diagnóstica ou finalidade do exame; • Quando houver planejamento de exodontias múltiplas, especificar os elementos dentários envolvidos; • Informações clínicas relevantes que possam interferir na interpretação do exame ou na conduta terapêutica.



4.2 Outras Radiografias Solicitadas por Contrarreferência do CEO

Em situações específicas, o profissional da UBS poderá receber contrarreferência do CEO solicitando exames radiográficos complementares, necessários para continuidade do tratamento especializado.

Inclui-se entre os exames atualmente disponibilizados:

Radiografia de Articulação Temporomandibular Bilateral (SIGTAP 0204010055).

Orientações para solicitação:

Nesses casos, o profissional deverá registrar, no campo Justificativa:

- Que a solicitação decorre de contrarreferência do especialista do CEO;
- O objetivo clínico do exame, conforme orientação do especialista;
- Anexar uma imagem da contrarreferência como arquivo no prontuário eletrônico do paciente e anexar a via física na solicitação do exame.

4.3 Tomografia Computadorizada Odontológica

A solicitação de tomografia computadorizada odontológica é realizada exclusivamente pelo profissional especialista do CEO, quando necessária para complementação diagnóstica ou planejamento terapêutico, conforme descrito no **ANEXO 15**.

A UBS deverá realizar o trâmite administrativo da solicitação, mediante contrarreferência do especialista.

Exames disponíveis:

- Tomografia de Maxila Total;
- Tomografia de Mandíbula Total.

Orientações para encaminhamento

Registrar no campo Justificativa:

- Que se trata de solicitação decorrente de contrarreferência do especialista do CEO;
- Informações clínicas relevantes descritas pelo especialista;
- Eventuais observações registradas na contrarreferência;
- Anexar uma imagem da contrarreferência como arquivo no prontuário eletrônico do paciente e anexar a via física na solicitação do exame.



Prevenção quaternária: Os exames de imagem devem ser solicitados apenas quando houver necessidade clínica e possibilidade de modificar a conduta terapêutica, evitando solicitações desnecessárias, exposição indevida à radiação e intervenções sem benefício ao paciente.

No âmbito da saúde bucal, os princípios da prevenção quaternária devem nortear especialmente a solicitação de exames complementares, evitando exposições desnecessárias à radiação ionizante e exames sem impacto na definição da conduta clínica, conforme orientações técnicas do CISCOPAR (**ANEXO13**).



5. ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS REALIZADAS EM SERVIÇOS HOSPITALARES E DE REFERÊNCIA TERCIÁRIA



Algumas condições clínicas em saúde bucal demandam atendimento em serviços hospitalares ou centros especializados de maior complexidade, não sendo contempladas no escopo assistencial do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Os encaminhamentos descritos neste capítulo poderão ser realizados tanto pela Atenção Primária à Saúde (APS) quanto pelos serviços de Atenção Secundária (CEO), conforme critérios clínicos e fluxos vigentes.

5.1 Trauma Facial

Trauma Facial	
Indicação para o encaminhamento:	
Encaminhar pacientes com suspeita ou confirmação de trauma facial para avaliação em Cirurgia Bucomaxilofacial TFD, incluindo situações como: • fraturas de mandíbula, maxila, zigoma, órbita ou ossos da face; • trauma dentoalveolar associado à suspeita de fratura óssea; • sequelas funcionais decorrentes de trauma facial.	
Serviço de Referência:	
Os atendimentos são realizados no hospital de referência regional: Hospital Bom Jesus – HOESP	
Observação	
O fluxo assistencial e regulatório para encaminhamento encontra-se descrito no fluxograma do ANEXO 8 deste protocolo. Exige documentação específica para TFD (item 5.5)	

5.2 Fissuras Labiopalatinas, Fendas Palatinas e Anomalias Craniofaciais

Fissuras Labiopalatinas, Fendas Palatinas e Anomalias Craniofaciais	
Indicação para o encaminhamento:	
Encaminhar pacientes de qualquer faixa etária com: • fissura labiopalatina; • fissura/fenda palatina; • lábio leporino; • anomalias craniofaciais congênicas; • deformidades craniofaciais com necessidade de acompanhamento multiprofissional especializado.	
Serviço de Referência:	
O encaminhamento deverá ser realizado para consulta especializada no serviço de referência estadual: CEAPAC - Consulta Fissurados / Anomalia craniofacial.	
Tipo de solicitação no sistema CARE: Consulta Médica em Atenção Especializada – CEAPAC.	
Observação	
O fluxo assistencial e regulatório para encaminhamento encontra-se descrito no fluxograma do ANEXO 7 deste protocolo. Exige documentação específica para TFD (item 5.5)	



5.3 Cirurgia Ortognática

Cirurgia Ortognática
Indicação para o encaminhamento:
Encaminhar pacientes com deformidades dentofaciais esqueléticas associadas a comprometimento funcional, mastigatório, respiratório, fonético ou estético importante, quando houver indicação de tratamento ortocirúrgico.
Serviço de Referência:
O encaminhamento deverá ser realizado para: CEAPAC – Cirurgia Ortognática.
Tipo de solicitação no sistema CARE: Consulta Especializada em Bucomaxilofacial.
Observação
O fluxo assistencial e regulatório para encaminhamento encontra-se descrito no fluxograma do ANEXO 7 deste protocolo. Exige documentação específica para TFD (item 5.5)

5.4 Lesões com Suspeita de Malignidade (Câncer)

Lesões com Suspeita de Malignidade (Câncer)
Indicação para o encaminhamento:
Encaminhar pacientes com suspeita clínica de neoplasias malignas do complexo maxilomandibular e tecidos adjacentes, especialmente diante de: • lesões ulceradas persistentes; • áreas leucoplásicas ou eritroplásicas suspeitas; • aumento de volume persistente; • lesões endurecidas, infiltrativas ou com sangramento espontâneo; • linfonodomegalia associada; • parestesia ou alterações sensitivas sem causa definida.
Serviço de Referência:
Os pacientes deverão ser encaminhados para avaliação por Médico Oncologista , conforme fluxo municipal, para os serviços de referência: CEONC ou UOPECCAN
A documentação deverá ser entregue na recepção da Unidade Básica de Saúde, para posterior encaminhamento à Central de Especialidades, conforme fluxo vigente.
Observação
O fluxo assistencial e regulatório para encaminhamento encontra-se descrito no fluxograma do ANEXO 6 deste protocolo. Exige documentação específica para TFD (item 5.5)



5.5 Documentação obrigatória para encaminhamentos via Tratamento Fora do Domicílio (TFD)

Nos casos em que o usuário necessitar de atendimento hospitalar por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), deverão ser observados os procedimentos administrativos complementares descritos a seguir.

➤ **Formulário Estadual de Referência e Contrarreferência (SESA/PR)**

Para encaminhamento do usuário ao serviço hospitalar de referência, deverá ser utilizado o Formulário Estadual de Referência e Contrarreferência – **ANEXO 11**.

- O campo Referência deverá ser preenchido pelo cirurgião-dentista da Unidade Básica de Saúde (UBS), contendo as informações clínicas pertinentes ao caso e a justificativa para o encaminhamento.
- O campo Contrarreferência é de uso da unidade hospitalar.

➤ **Solicitação/Autorização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD)**

Além do formulário de Referência e Contrarreferência, deverá ser preenchido o documento de Solicitação/Autorização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) – **ANEXO 12**.

Nos casos de encaminhamento odontológico hospitalar decorrentes de avaliação realizada no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o preenchimento deste documento é de responsabilidade do profissional especialista do CEO, que deverá registrar as informações clínicas e assistenciais necessárias para análise e autorização do processo.

O encaminhamento somente será considerado completo após o correto preenchimento de toda a documentação exigida para o TFD.

➤ **Formulário de Priorização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD)**

Nos casos de encaminhamento para atendimento hospitalar por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), quando houver necessidade de priorização do acesso, deverá ser utilizado o Formulário de Priorização do Estado do Paraná, constante no **ANEXO 13**.

O preenchimento do formulário deverá ser realizado pelo profissional responsável pelo encaminhamento, com o objetivo de subsidiar a classificação da prioridade e qualificar o processo regulatório.



6 SITUAÇÕES ESPECIAIS RELACIONADAS AOS ENCAMINHAMENTOS

6.1 Reclassificação de Gravidade do Encaminhamento

Quando houver alteração da condição clínica do usuário durante o período de espera, o cirurgião-dentista deverá realizar nova avaliação e, se necessário, reclassificar a gravidade do encaminhamento.

A reclassificação poderá ocorrer entre as categorias Normal, Urgência, desde que devidamente fundamentada em critérios clínicos.

Nesses casos, deverá ser realizado novo encaminhamento no sistema SIGSS. Ao identificar que o usuário já possui solicitação ativa para a mesma especialidade, o sistema apresentará a opção de **reclassificação de risco**, permitindo a atualização da gravidade do encaminhamento sem perda da posição originalmente ocupada na lista de espera.

Deve-se registrar de forma clara os motivos clínicos que fundamentam a reclassificação realizada.

The screenshot displays the SIGSS system interface. At the top, there are tabs for 'Anamnese', 'Informações do Usuário', 'SOAP', 'Lista de Problemas', 'Odontograma', 'Receituário', 'Requisição de Exames', 'Encaminhamento', and 'Informações Sigilosas'. The 'Encaminhamento' tab is active. Below the tabs, there is a section for 'Usuário do Serviço' with fields for 'Sexo' (MASCULINO), 'Def. Físico' (NÃO), and 'Idade' (40 ANO(S), 7 MÊS(ES) E 15 DIA(S)). The 'Procedimento referência da consulta' is '0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA'. The 'Local de Atendimento' is '01 - UBS'. The 'Especialidade (CBO)' is 'CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA'. The 'Tipo de solicitação' is 'NORMAL'. The 'Retorno' is 'NÃO'. The 'CID10' is '***'. The 'Motivo de Referência' is 'Fístula vestibular dente 12. Realizado abertura coronária + formo + IRM. Solicito endodontia dente 12. Grata.' The 'Justificativa' is 'Fístula vestibular dente 12. Realizado abertura coronária + formo + IRM. Solicito endodontia dente 12. Grata.' A dialog box titled 'Informações Sobre Registro Existente' is open, showing a message: 'Foi verificado que o(a) usuário(a) do serviço TESTE CNS já se encontra na Lista de Espera para: CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA'. It also shows 'Protocolo número: LIES-730868-1-92' and 'Data de entrada na Lista de Espera: 05/06/2026'. The 'Tipo de solicitação' is 'NORMAL'. At the bottom of the dialog box, there is a button labeled 'Reclassificar' which is highlighted with a red rectangle. Other buttons in the dialog box include 'Gravar Nova Solicitação' and 'Fechar'. The main interface also has buttons for 'Gravar', 'Limpar', 'Imprimir', and 'Finalizar Atendimento'.



Interface de um sistema de gestão de saúde, mostrando a tela de "Encaminhamento". A interface contém campos para "Usuário do Serviço", "Sexo", "Def. Físico", "Idade", "Procedimento referência da consulta", "Local de Atendimento", "Especialidade (CBO)", "Tipo de solicitação", "Retorno", "CID10", "Justificativa", "Gravidade", "Motivo de Referência", "Status", "Retorno", "Gravar", "Limpar", "Imprimir", "Voltar para agenda", "Finalizar Atendimento".

Um pop-up "Justificativa da Reclassificação" está aberto, com o campo "Justificativa:" e o campo "Gravidade:" selecionado como "URGÊNCIA".

Atenção: Dependendo da gravidade selecionada, caso o registro esteja na lista de espera, o mesmo poderá ser enviado à regulação com base na configuração da especialidade.

RECLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DOS ENCAMINHAMENTOS PARA ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS





6.2 Inclusão de Novo Encaminhamento na Mesma Especialidade

Quando o usuário já estiver em lista de espera para determinada especialidade e surgir a necessidade de inclusão de novo procedimento na mesma especialidade, deverá ser realizado novo encaminhamento no sistema SIGSS, utilizando a opção “GERAR NOVA SOLICITAÇÃO”.

O novo encaminhamento não implicará reinício da contagem do tempo de espera já existente, sendo utilizado para complementar as informações referentes às necessidades do paciente.

Nos campos Motivo de Referência e Justificativa, o profissional deverá registrar, além das informações clínicas pertinentes ao novo encaminhamento, a seguinte observação:

Paciente já inserido em lista de espera para a especialidade de _____, referente ao procedimento _____ (ou elemento dental nº ____), encaminhado em XX/XX/XXXX.

Após impressão do encaminhamento, deve-se destacar essa informação com marca texto para facilitar sua identificação pelo agendador.

O documento deverá seguir o fluxo habitual de envio à Secretaria Municipal de Saúde.

Ao receber a documentação, o Departamento de Odontologia realizará a vinculação do novo encaminhamento à solicitação já existente, mantendo o histórico e a posição previamente ocupada pelo usuário na lista de espera.



The screenshot shows a medical software interface with a patient record for 'TESTE CNS'. The record includes fields for 'Usuário do Serviço', 'Sexo', 'Def. Físico', 'Idade', 'Procedimento referência da consulta', 'Local de Atendimento', 'Especialidade (CBO)', 'Tipo de solicitação', 'Retorno', 'CID10', 'Motivo de Referência', and 'Justificativa'. A pop-up window titled 'Informações Sobre Registro Existente' is displayed, stating: 'Foi verificado que o(a) usuário(a) do serviço TESTE CNS já se encontra na Lista de Espera para: CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA'. It also provides the 'Protocolo número: LIES-730868-1-92' and 'Data de entrada na Lista de Espera: 05/06/2026'. The 'Tipo de solicitação' is set to 'NORMAL'. The pop-up has buttons for 'Reclassificar', 'Gravar Nova Solicitação' (highlighted with a red box), and 'Fechar'. The main interface has buttons for 'Gravar', 'Limpar', 'Imprimir', and 'Finalizar Atendimento'.

6.3 Exclusão de Encaminhamento da Lista de Espera

Quando houver perda da indicação clínica do encaminhamento ou resolução da necessidade que motivou a solicitação, o usuário deverá ser retirado da lista de espera.

Nessas situações, o encaminhamento deverá ser finalizado no sistema SIGSS pelo cirurgião-dentista responsável.

São exemplos de situações que justificam a exclusão da lista de espera:

- tratamento realizado em outro serviço;
- exodontia do elemento anteriormente encaminhado;
- fratura dental que altere o plano de tratamento inicialmente previsto;
- mudança da condição clínica que torne desnecessário o procedimento solicitado;
- óbito do usuário;
- outras situações que resultem na perda da indicação do encaminhamento.

A manutenção de encaminhamentos sem indicação clínica vigente compromete a gestão das filas de espera e o adequado acesso dos usuários aos serviços especializados.



Digite para pesquisar...

Atendimento

Agendamentos

- Atendimento Consulta
- Consulta Rápida
- Exame
- Exame Requisitado
- Lista de Espera**
- Resumo de Compromissos
- Transferência de Agenda
- Interação com Usuário do Serviço

Lista De Espera

Consulta Manutenção

Protocolo Tipo Situação Prefeitura

Origem Usuário do Serviço

CBO (Especialidade) * Profissional Destino

Profissional Solicitante

☐ Entrada na Lista de Espera

☐ Filtrar Data Provável

☒ TODOS ☐ NÃO BLOQUEADOS ☐ BLOQUEADOS

☐	Tipo	Grav.	Cód. Usuário	Usuário do Serviço	Idade	Dt. Entrada	Dt. Provável	CBO (Especialidade)
☐	CON	NORMAL(1)	99744513-1	TESTE CNS	40 ano(s)	05/06/2026		CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA Origem: ODONTO ESF JARDIM EU

Página 1 de 1 15

Exibindo 1 - 1 de 1

Finalizar/Visualizar Registro Finalizado



Lista De Espera

Consulta Manutenção

Protocolo Tipo Situação Prefeitura

Origem

ODONTO ESF JARDIM EUROPA

Usuário do Serviço

99744513-1 — TESTE CNS

CBO (Especialidade) *

223212 — CIRURGIÃO DENTISTA - ENDODONTISTA

Profissional Destino

Profissional Solicitante

Entrada na Lista de Espera

Final

Filtrar Data Provável

Final

Filtrar Usuários do Serviço

TODOS NÃO BLOQUEADOS BLOQUEADOS

Finalizar

Motivo*

Data

05/06/2026

Observação

Finalizar Fechar

Página 1 de 1

Exibindo 1 - 1 de 1

Finalizar

Motivo*

OBITO

DESISTENTE

REALIZOU EXAME PARTICULAR

CONSULTA/EXAME JA AGENDADA

Finalizar Fechar

7. TRANSPORTE DE USUÁRIOS COM MOBILIDADE REDUZIDA

Usuários com limitação importante de mobilidade, acamados, que dependam de transporte sanitário para comparecimento às consultas especializadas deverão ser orientados quanto à necessidade de solicitação prévia de transporte junto aos serviços competentes da Secretaria Municipal de Saúde.



Sempre que possível, a Unidade Básica de Saúde deverá providenciar a entrega da guia de agendamento com antecedência suficiente para que o usuário, familiar ou responsável possa realizar os trâmites necessários para solicitação do transporte.

A necessidade de transporte não garante disponibilidade imediata do serviço, razão pela qual recomenda-se que a solicitação seja realizada o mais precocemente possível após o recebimento da data de agendamento.



REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal nº 17. Brasília: MS, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Institui os Centros de Especialidades Odontológicas e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Brasília: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2017.
- BRASIL. Lei nº 14.572, de 9 de maio de 2023. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Brasília: MS, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 6.213/GM/MS, de 19 de dezembro de 2024. Institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal. Brasília: MS, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025. Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde (PNR-SUS) e revoga o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ed. 249, p. 371, 31 dez. 2025.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade. *Saúde e Sociedade*, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.
- CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ (CISCOPAR). Protocolo de Regulação em Saúde Bucal: Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Toledo: Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná, 2025.
- CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ (CISCOPAR). Critérios para solicitação de exames complementares em odontologia. Toledo: CISCOPAR, [s.d.]. Anexo ao Protocolo Municipal de Regulação em Saúde Bucal de Toledo-PR.
- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: OPAS, 2011.
- STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO/MS, 2002.



ANEXO 1



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE
SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ



USUÁRIO: _____ D. N.: ____/____/____

MUNICÍPIO DE ORIGEM: _____

PROFISSIONAL CD: _____

1- OBSERVAÇÕES DO EXAME CLÍNICO: _____

2- QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR - ÍNDICE ANAMNÉTICO DE FONSECA (1992):

PERGUNTA	SIM	NÃO	ÀS VEZES
1. Você tem dificuldade, dor ou ambas ao abrir a boca, por exemplo, ao bocejar?			
2. Você sente dificuldade para movimentar a mandíbula para os lados?			
3. Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?			
4. Sente dores de cabeça com frequência?			
5. Sente dor na nuca ou torcicolo?			
6. Tem dor no ouvido ou nas articulações temporomandibulares?			
7. Já notou se tem ruídos nas ATMs quando mastiga ou quando abre a boca?			
8. Você já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?			
9. Sente que seus dentes não articulam/encaixam bem?			
10. Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)?			
PONTUAÇÃO			

PONTUAÇÃO
1. (0) Não ___ (5) Às vezes ___ (10) Sim
2. (0) Não ___ (5) Às vezes ___ (10) Sim
3. (0) Não ___ (5) Às vezes ___ (10) Sim
4. (0) Não ___ (5) Às vezes ___ (10) Sim
5. (0) Não ___ (5) Às vezes ___ (10) Sim
6. (0) Não ___ (5) Às vezes ___ (10) Sim
7. (0) Não ___ (5) Às vezes ___ (10) Sim
8. (0) Não ___ (5) Às vezes ___ (10) Sim
9. (0) Não ___ (5) Às vezes ___ (10) Sim
10. (0) Não ___ (5) Às vezes ___ (10) Sim

Para cada pergunta deve ser assinalada somente uma resposta e o índice clínico é assim estabelecido:

- a. **Sem disfunção** - soma das respostas entre 0 e 15 pontos
- b. **Disfunção leve** - soma das respostas entre 20 e 40 pontos
- c. **Disfunção moderada** - soma das respostas entre 45 e 65 pontos¹
- d. **Disfunção severa** - soma das respostas entre 70 e 100 pontos

¹ Encaminhar ao CEO pacientes classificados com disfunção temporomandibular (DTM) moderada e severa, com pontuação acima de 45 pontos no questionário auxiliar de DTM - Índice Anamnético de Fonseca (1992).

Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

Rua Rodrigues Alves, 1437 - Copacabana - 85.903-500 - CNPJ 73.448.977/0001-64
http://www.ciscopar.com.br - Fone (45) 3252-3524 / 3277-7800.



ANEXO 2

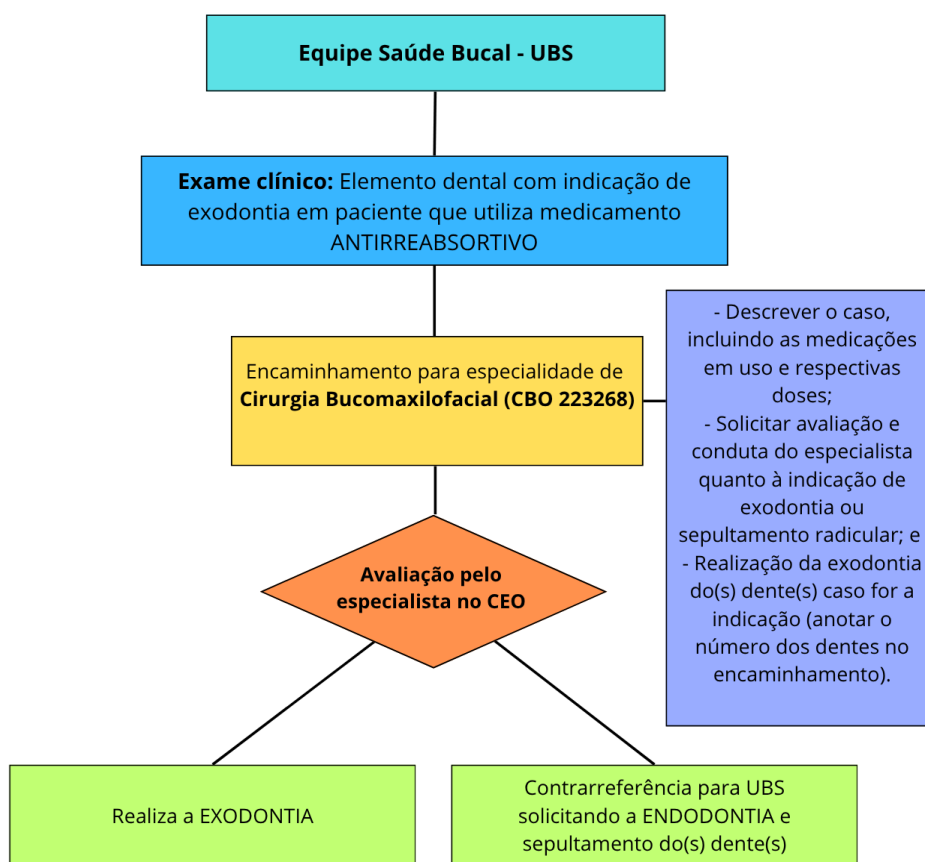


PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA SAÚDE



**Fluxo de EXODONTIA ou SEPULTAMENTO
RADICULAR em paciente que utiliza medicamento
antireabsortivo**



Versão 2 - Maio/2026



Orientações complementares para casos de exodontia ou sepultamento radicular em pacientes em uso de medicamentos antirreabsortivos

- Nos encaminhamentos para Cirurgia Bucomaxilofacial é fundamental descrever detalhadamente o caso clínico, incluindo histórico médico pregresso, medicamentos em uso contínuo, posologia, tempo de utilização e demais informações relevantes para avaliação do risco cirúrgico.
- O cirurgião bucomaxilofacial do CEO – CISCOPAR não possui acesso ao prontuário eletrônico SIGSS. Dessa forma, as informações registradas no encaminhamento constituem o principal instrumento de comunicação entre os serviços, devendo ser preenchidas de forma clara, objetiva e completa.
- Quando constar no encaminhamento a observação “realizar exodontia caso haja indicação”, o procedimento poderá ser realizado na mesma consulta de avaliação especializada, conforme decisão clínica do profissional do CEO.
- Nos casos em que houver indicação de sepultamento radicular, a contrarreferência emitida pelo especialista do CEO deverá ser entregue ao usuário, que deverá retornar à Unidade Básica de Saúde de referência para continuidade do fluxo assistencial.
- Nessas situações, o cirurgião-dentista da APS deverá realizar novo encaminhamento pelo sistema SIGSS para a especialidade de Endodontia, selecionando a classificação “URGÊNCIA”, conforme critérios estabelecidos neste protocolo.
- A contrarreferência emitida pelo CEO deverá ser anexada ao novo encaminhamento e enviada ao Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde por meio do malote institucional.
- O agendamento para a especialidade de Endodontia ocorrerá conforme disponibilidade de vagas e ordem da fila de espera do CEO – CISCOPAR, observados os critérios de priorização definidos neste protocolo.

(assinado digitalmente)

Caroline Fernandes Marin de Toledo
Coordenação de Saúde Bucal

(assinado digitalmente)

Karla Dayanna de Almeida Lorenssetti Roman
Dir. Dpto da Rede de Atenção Primária em Saúde

(assinado digitalmente)

Adriane Monteiro Santana
Secretária Municipal da Saúde



ANEXO 3

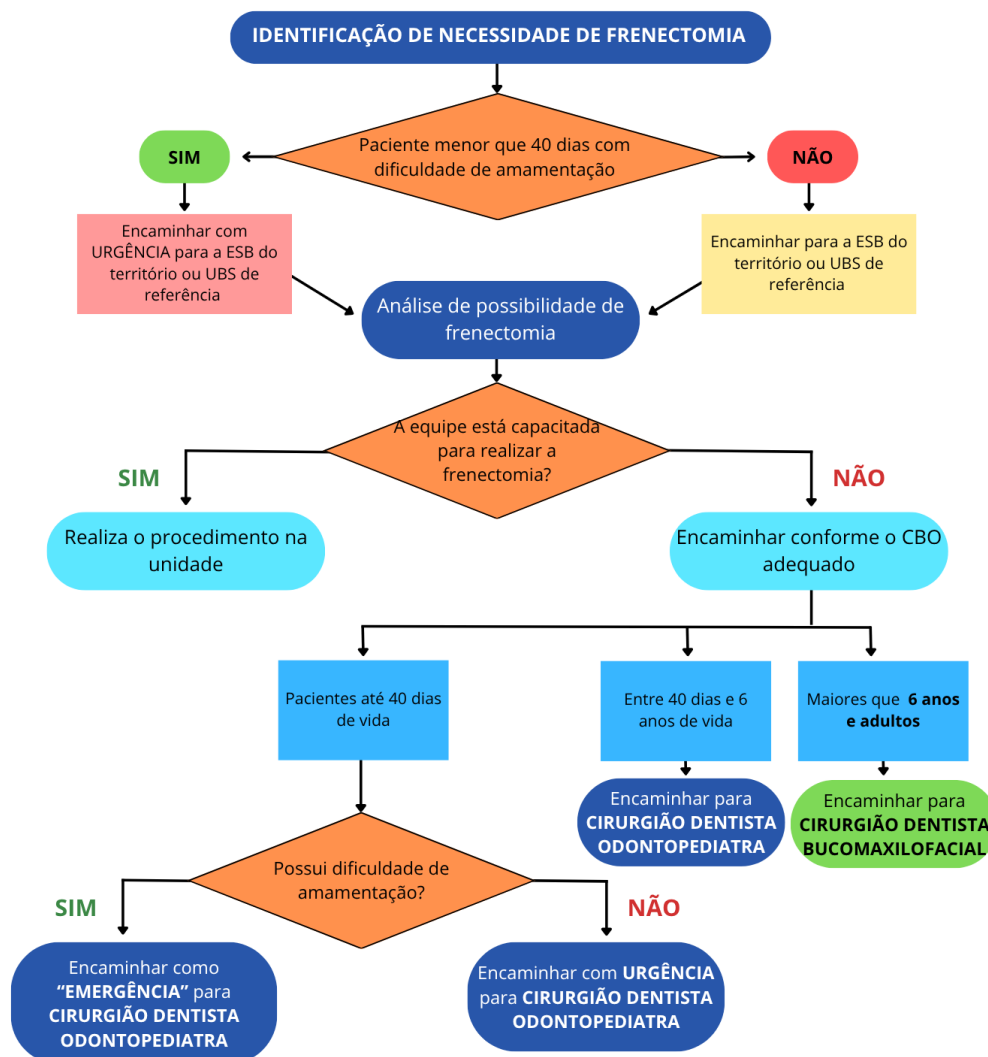


PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA SAÚDE



FLUXO MUNICIPAL DE ENCAMINHAMENTO PARA FRENECTOMIA LINGUAL



Versão 2 - Maio/2026



FLUXO MUNICIPAL DE ENCAMINHAMENTO PARA FRENECTOMIA

1. Finalidade

Este fluxo tem como finalidade orientar os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Toledo quanto à avaliação, classificação e encaminhamento de usuários com indicação de frenectomia, visando apoiar condutas, qualificar o acesso ao atendimento especializado e garantir maior resolutividade do cuidado.

2. Abrangência

Aplica-se aos profissionais da APS envolvidos no cuidado materno-infantil e odontológico, incluindo cirurgiões-dentistas, médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos e demais profissionais da rede assistencial.

3. Avaliação inicial

Todo paciente com suspeita de alteração do frênulo lingual deverá ser inicialmente avaliado pela equipe de saúde bucal da Unidade Básica de Saúde (UBS) do território ou referência mais próxima.

Sempre que houver condições técnicas, segurança clínica e profissional habilitado, a frenectomia poderá ser realizada na própria Unidade Básica de Saúde, sem necessidade de encaminhamento ao serviço especializado.

4. Critérios para definição do fluxo assistencial

4.1 Recém-nascidos com até 40 dias de vida

- Com dificuldade de amamentação
 - Encaminhar com priorização (tipo de solicitação: EMERGÊNCIA no sistema SIGSS – utilizada exclusivamente para fins de priorização) para a especialidade de Odontopediatria;
 - O encaminhamento deverá conter descrição objetiva da dificuldade de amamentação e justificativa clínica;
- Sem dificuldade de amamentação
 - Encaminhar para a especialidade de Odontopediatria, utilizando tipo de solicitação: URGÊNCIA.

4.2 Crianças entre 41 dias e 6 anos de idade

- Encaminhar para a especialidade de Odontopediatria.

4.3 Pacientes maiores de 6 anos e adultos

- Encaminhar para a especialidade de Cirurgia Bucomaxilofacial.

(assinado digitalmente)

**Caroline Fernandes Marin
de Toledo**

Coordenação de Saúde Bucal

(assinado digitalmente)

**Karla Dayanna de Almeida
Lorensetti Roman**

Dir. Dpto da Rede de Atenção
Primária em Saúde

(assinado digitalmente)

Adriane Monteiro Santana

Secretária Municipal da
Saúde

**ANEXO 4****ORIENTAÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO MÉDICO JUNTO AOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA**

Nos casos em que houver necessidade de obtenção de relatório médico contendo histórico oncológico, medicações utilizadas, dose de radioterapia (Gray/Gy), áreas irradiadas ou demais informações necessárias para avaliação odontológica especializada, deverão ser observados os seguintes fluxos:

Pacientes acompanhados pelo CEONC

O usuário deverá entrar em contato com o Serviço Social do CEONC, por meio do telefone (45) 99860-0224, para solicitar o relatório/laudo médico referente ao tratamento oncológico realizado, especialmente informações relacionadas à radioterapia de cabeça e pescoço, quando aplicável.

Pacientes acompanhados pela UOPECCAN

O usuário deverá solicitar cópia do prontuário médico por meio do e-mail **same@uopecan.org.br**, anexando fotografia legível do documento oficial de identificação com foto do paciente.

A solicitação deverá conter, preferencialmente, identificação completa do usuário e informação de que o documento será utilizado para continuidade do cuidado odontológico.

Observações importantes:

- O relatório médico deverá conter, sempre que possível, informações sobre diagnóstico oncológico, tratamento realizado, medicamentos utilizados, doses e tempo de uso de terapias antirreabsortivas, além das áreas irradiadas e dose total de radioterapia recebida (Gray/Gy);
- A documentação obtida deverá ser anexada ao encaminhamento para Cirurgia Bucomaxilofacial ou outra especialidade pertinente, conforme indicação clínica;



ANEXO 5

Anexo A – Ficha Clínica para os pacientes de Estomatologia do CEO

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Cor: _____ Profissão: _____ Naturalidade: _____

Estado civil: _____ Telefones: _____

Endereço: _____

ENCAMINHADO POR: _____

NOME DA UBS: _____ TEL: _____

1) Queixa principal

() Estomatológica () Outra marcar com X

Descrever: _____

2) Duração/ Evolução

() Dias () Meses () Anos marcar com o número absoluto

3) Tratamento prévio:

() Nenhum () Prescrição Médica () Prescrição Odontológica

() Automedicação marcar com X

() Outro/Especificar: _____

4) Sofre de alguma doença?

() Sim () Não marcar com X

5) Qual(is)?

6) Faz uso de algum medicamento?

() Sim () Não marcar com X

7) Qual?

() Anti-hipertensivo () Hipoglicemiante () Analgésico () Corticóides

() Antiinflamatório () Antibiótico () Antidepressivo

() Imunossupressores () Hormonais () Anticoncepcional () Reposição Hormonal marcar com X



8) Descrever Medicamentos e dosagens: _____

9) Já se submeteu a alguma cirurgia?

() Sim () Não marcar com X

Especificar: _____

10) Antecedentes familiares: _____

11) Tabagismo

() Nunca () Prévio Parou há () Anos Fumou durante () Anos () Média cigarros/dia
 () Atual Duração () Anos () Média cigarros/dia

Tipo de Tabagismo:

() Cigarro industrializado () Cigarro de palha () Cachimbo () Charuto
 () Maconha () Outros

Obs.: _____

12) Etilismo:

() Nunca () Prévio Parou há () Anos Bebeu durante () Anos () Média doses / semana
 () Atual Duração () Anos () Média doses/semana

Tipo de Etilismo:

() Bebida destilada () Bebida Fermentada

Obs.: _____

13) Exposição Solar:



() Nunca () Prévio Parou há () Anos Expôs-se durante () Anos

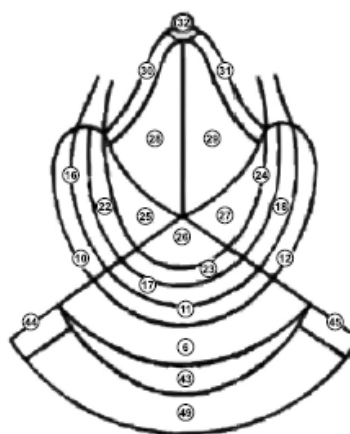
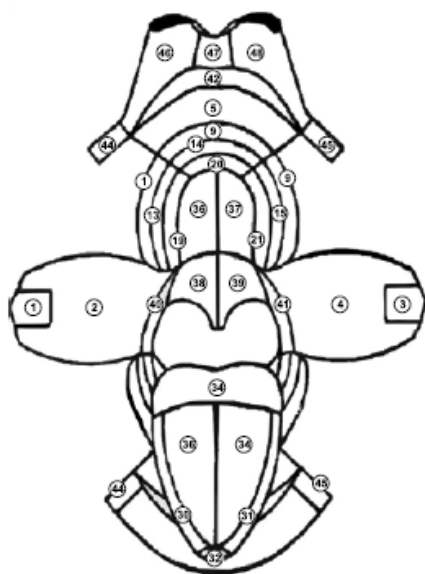
Motivo:

() Atual Duração () Anos

Motivo:

Usa alguma proteção?

() Nenhuma () Filtro creme () Filtro Bastão () Chapéu () Boné



Códigos topográficos criados por Roed-Petersen e Renstrup (1969) modificados por Axéll (1976) e por Salonen et al. (1990)

EXAME FÍSICO INTRA E EXTRABUCAL (desenhar a lesão na ilustração acima)

Localização: _____

Tamanho: _____

Coloração: _____

Forma: _____

Inserção: _____

Consistência: _____

Mobilidade: _____

Sinais secundários: _____

Fator etiológico: _____

Linfonodos associados: _____

Outras lesões: _____

Diagnóstico Clínico: _____



ANEXO 6



TOLEDO
PREFEITURA
Secretaria da Saúde



FLUXO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO COM AMOSTRA DE BIÓPSIA REALIZADA NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO (Atualização de Outubro/2021)

O usuário é encaminhado pelo Cirurgião-dentista da UBS para Cirurgião-dentista Estomatologista. Anexar ficha clínica para pacientes de estomatologia do CEO.



O agendamento para consulta/biópsia é realizado na Secretaria Municipal de Saúde. O usuário será informado através de contato telefônico sobre a data e horário da consulta no CEO.



A biópsia é realizada pelo profissional Cirurgião-dentista Bucomaxilofacial no CEO.



O CEO será responsável pela entrega da amostra para o Laboratório APC.



O resultado do exame será enviado no e-mail do CEO: ceo@ciscopar.com.br



Após a avaliação do resultado pelo Cirurgião-dentista Estomatologista do CEO será emitida contrarreferência à UBS de origem:

- LESÃO MALIGNA: UBS deve encaminhar para tratamento no centro de alta complexidade em câncer (CEONC e UOPECCAN).
- LESÃO BENIGNA, APRESENTA OU NÃO ATÍPIA/ DISPLASIA: acompanhar na UBS de origem.

PI

Jucifane Angoneze Cesaro
Coordenadora de Saúde Bucal

Sirfene de Fátima da Silva Dela Torre
Dir/Dep da Rede de Atenção Primária em Saúde

Gabriela Almeida Kucharski Ravache
Secretária Municipal da Saúde



ANEXO 7

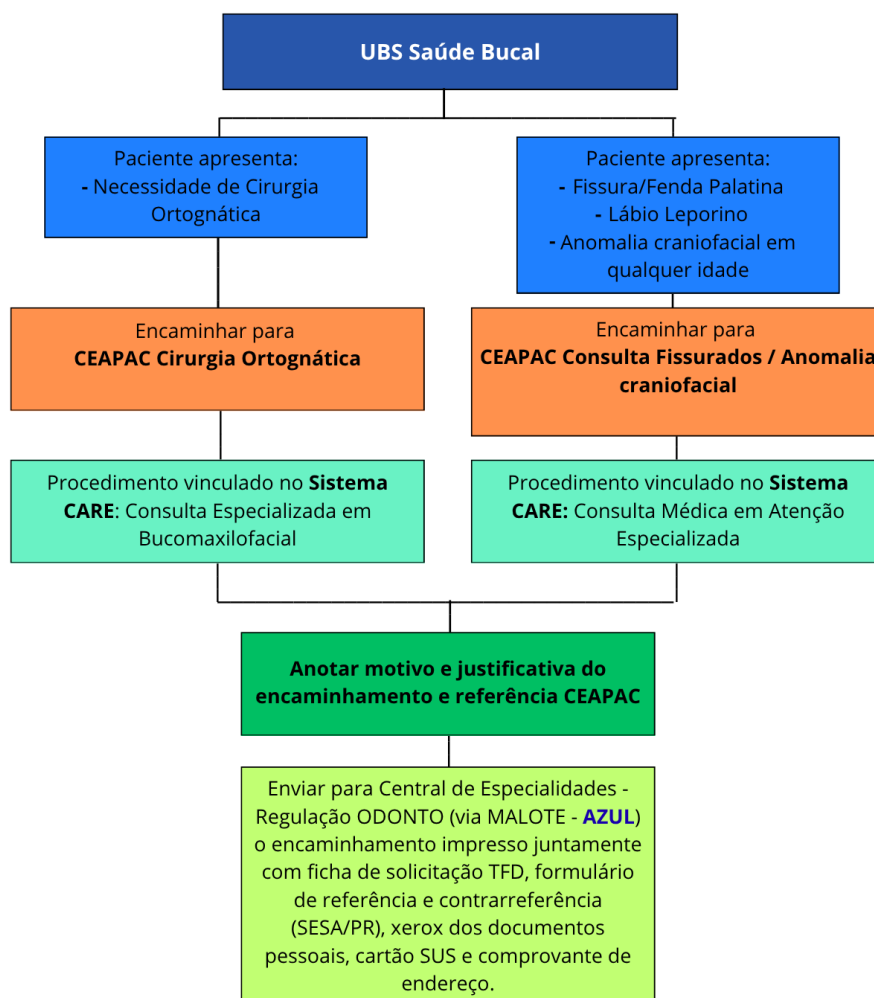


PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA SAÚDE



Fluxo de Encaminhamento para CEAPAC - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CASCAVEL



Versão 2



Orientações

- Ao referenciar o encaminhamento para o CEAPAC é importante observar os procedimentos realizados pela instituição (relação abaixo);
- Adicionar as informações relevantes sobre a necessidade de cada caso.

Relação de Procedimentos realizados no HU - CEAPAC encaminhados via UBS

• CEAPAC Cirurgia Ortognática - Consulta Especializada em Bucomaxilofacial

1 - Cirurgia Ortognática:

- O CEPAC não oferece o tratamento ortodôntico para preparo cirúrgico, portanto o usuário deve realizar o tratamento ortodôntico na rede privada.

- Para encaminhar para o CEAPAC é necessário:

▲ Indicação cirúrgica escrita do ortodontista;

▲ Documentação ortodôntica completa (radiografias, fotografias e modelo de gesso);

▲ Tratamento ortodôntico na etapa de planejamento (sem aparelho instalado) ou em andamento (com aparelho instalado). Obs: o importante é o paciente ter o vínculo com o ortodontista da rede privada, documentação ortodôntica e a indicação cirúrgica.

- O usuário deve apresentar a indicação cirúrgica escrita e documentação ortodôntica completa na primeira consulta com o bucomaxilofacial no CEAPAC.

- A cirurgia ortognática é realizada através de um planejamento entre o cirurgião bucomaxilofacial e ortodontista.

• CEAPAC Consulta Fissurados / Anomalia craniofacial - Consulta Médica em Atenção Especializada

1 - Fissura/fenda palatina e lábio leporino;

2 - Anomalia craniofacial em qualquer idade.

(assinado digitalmente)

Caroline Fernandes Marin de Toledo

Coordenação de Saúde Bucal

(assinado digitalmente)

Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman

Dir. Dpto da Rede de Atenção Primária em Saúde

(assinado digitalmente)

Adriane Monteiro Santana

Secretário Municipal da Saúde



ANEXO 8

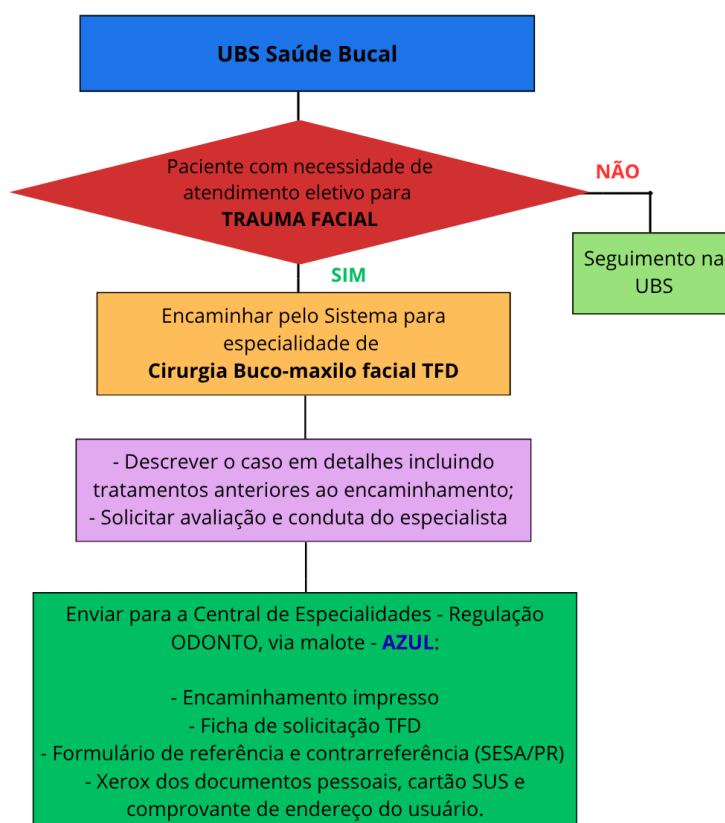


PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA SAÚDE



**Fluxo de atendimento eletivo para
TRAUMA FACIAL - HOESP**



(assinado digitalmente)
Caroline Fernandes Marin de Toledo
Coordenação de Saúde Bucal

(assinado digitalmente)
Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman
Dir. Dpto da Rede de Atenção Primária em Saúde

(assinado digitalmente)
Adriane Monteiro Santana
Secretário Municipal da Saúde

Versão 2



ANEXO 9

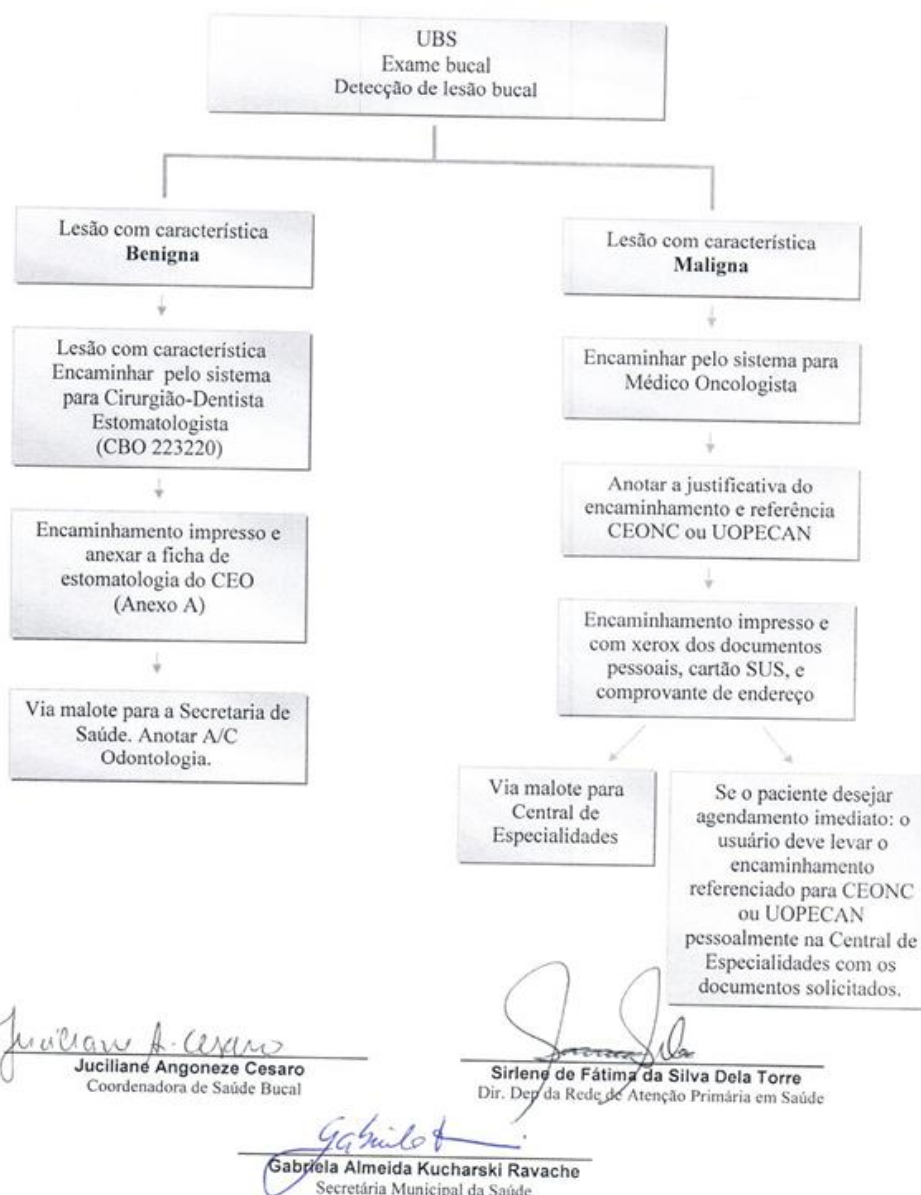


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE



FLUXO DE ENCAMINHAMENTOS DE LESÕES BUCAIS
CEO, CEONC E UOPECAN





ANEXO 10

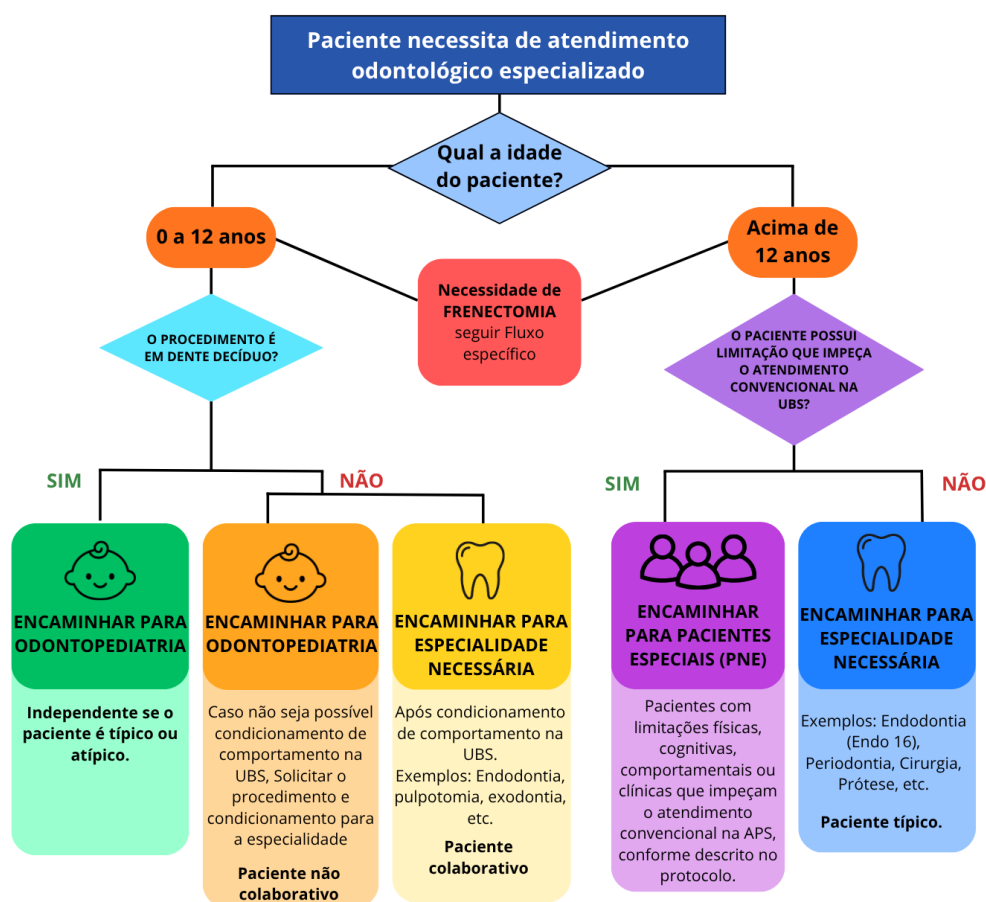


PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA SAÚDE



Fluxograma de Encaminhamento para Especialidades Odontológicas por Faixa Etária



(assinado digitalmente)
Caroline Fernandes Marin de Toledo
Coordenação de Saúde Bucal

(assinado digitalmente)
Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman
Dir. Dpto da Rede de Atenção Primária em Saúde

(assinado digitalmente)
Adriane Monteiro Santana
Secretário Municipal da Saúde

Versão 1



ANEXO 11

ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA		 GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DA SAÚDE
Unidade Básica de Saúde:		
R E F E R Ê N C I A	PACIENTE _____	
	DATA NASCIMENTO: ____/____/____ RG: _____	
	SEXO: () MASCULINO () FEMININO	CARTÃO SUS: _____ U.S. _____
	NOME DA MÃE _____	FONE CONTATO: _____
	HISTORIA CLINICA _____	
	TERAPEUTICA JÁ UTILIZADA _____	
	DIAGNÓSTICO PROVÁVEL _____	
	_____ LOCAL E DATA _____ MEDICO SOLICITANTE/CARIMBO	
C O N T R A R E F E R Ê N C I A	PACIENTE _____	CIDADE DE ORIGEM/U.S _____
	EXAMES SOLICITADOS (Resultados anexos) _____	
	DIAGNOSTICO PROVÁVEL _____	
	TERAPÊUTICA SUGERIDA _____	
	_____ LOCAL E DATA _____ MEDICO /CARIMBO	
	CONFIRMAÇÃO DE CONSULTA _____	
PACIENTE _____ CÓD TRANS : _____ LOCAL DA CONSULTA : _____ CIDADE : _____ ESPECIALIDADE _____ DATA DA CONSULTA ____/____/____ HORA _____		



ANEXO 12

	ESTADO DO PARANÁ Secretaria de Estado da Saúde Instituto de Saúde do Paraná
	Solicitação/Autorização Tratamento Fora do Domicílio N°

Nome do Paciente:		Documento de Identidade:
Residência:		Telefones: 1()
TOLEDO – PR	2()	3()
Profissão:	Raça:	Data de Nascimento:
Nome da Mãe:		Documento de Identidade:
Residência:		Relação com o Paciente:

LAUDO MÉDICO	
1 – Histórico da doença atual:	
2 – Exame Físico:	
3 – Diagnóstico Provável:	4 – CID:
5 – Exame(s) Complementar(es) Realizado(s) Anexo Cópia(s):	
6 – Tratamento(s) Realizado(s)	
7 – Tratamento/Exame Indicado	
8 – Duração Provável:	



9 – Justificar as razões que impossibilitaram a realização do tratamento/exame na localidade:	
Não há oferta do serviço no Município e Região.	
10 – Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente:	
11 – Justificar em caso de necessidade de acompanhante:	
12 – Transporte Recomendável:	
	
Local e data	Médico Assistente/Carimbo e Assinatura

Autorização do T.F.D.	
Aprovação do gestor local (SMS ou Regional de Saúde) _____	
Encaminhado a: _____	

Local e data	Assinatura / carimbo
Parecer da _____ R.S. () Autorizado () Não Autorizado	
Agendado para (data, hora, local, endereço) _____	
Retorno ao órgão solicitante	
Local e data	Assinatura / carimbo
Necessidade de retorno: () sim () não	
Data Provável do retorno: _____	
Local e data	Assinatura / Carimbo do Médico Assistente



ANEXO 13

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
DIRETORIA DE GESTÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
FORMULÁRIO SOLICITAÇÃO DE TFD – PRIORIZAÇÃO

DADOS DA ORIGEM DO SOLICITANTE			
Estabelecimento de Origem:			
Município:		Estado:	
Funcionário:		Telefone:	
DADOS DO PACIENTE			
Nome Completo:			
Nome da Mãe:			
Sexo:			
RG:	CPF:		
CNS:			
Data de Nascimento:	Naturalidade:	Nº	
Endereço:			
Complemento	Bairro		
Cidade:	UF:		
CEP:	Telefone:		
EAS REFERÊNCIA			
Buscas realizadas no EAS de Referência?		Sim:	Não:
Estabelecimento:			
Médico	CRM:		
Justificativa de não atendimento:			
RECURSOS SOLICITADOS			
Especialidade	Exame	Procedimento	
Diagnóstico:	CID:		
Médico	CRM:		
CADASTRO SISTEMA AGENDAMENTO			
SISTEMA	ITEM	DATA INCLUSÃO EM FILA	DATA PRIORIZAÇÃO
GSUS/CARE-PR			
E-SAUDE			não se aplica
DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA		SIM	NÃO:
1. Comprovante de inserção em fila, emitida através do Sistema ESAUDE, com prazo mínimo de 72 horas de espera, exceto no caso de Demanda Judicial de cumprimento menor de 05 (cinco) dias.			
2. Cópia de documentos pessoais, Cartão SUS, comprovante de endereço em nome do paciente (água, luz, telefone, cartão de crédito) ou declaração comprovação de residência emitido pela equipe de Atenção Primária em Saúde.			
3. Solicitação/formulário de Referência e Contra-referência, devidamente preenchido pelo EAS solicitante.			
4. Cópia dos exames que comprovem a suspeita diagnóstica, conforme requisitos e orientações dos Protocolos de encaminhamento.			
DADOS CLÍNICOS			
Breve histórico com tratamento/condução, exame físico e exames realizados. Justificativa da impossibilidade de realização do tratamento:			

Data:

Assinatura e Carimbo



ANEXO 14



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE
SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ



CRITÉRIOS PARA EXAMES DE IMAGEM ODONTOLÓGICOS

RADIOGRAFIA PERIAPICAL

Indicação:

- Tratamentos endodônticos de dentes permanentes mono, bi ou multirradiculares;
- Exodontias simples de elementos eruptados (1 elemento);
- Curetagem periapical e apicectomias com ou sem obturação retrógrada (1 elemento);

Realizado por/onde:

- Unidade básica de saúde;
- Centro de Especialidades Odontológicas.

RADIOGRAFIA PANORÂMICA

Indicação:

- Extrações dentes terceiros molares retidos (com comprovação radiográfica);
- Extrações dentes retidos e/ou anquilosados (com comprovação radiográfica);
- Exodontias múltiplas;
- Avaliação de fraturas mandibulares e maxilares;
- Periodontite generalizada (mais de 4 sextantes);
- Remoção cistos, lesões e corpos estranhos;
- Quando solicitada pelo especialista para avaliação de casos complexos, reabsorções, erupções dentárias, etc. *(quando justificada e após avaliação prévia de radiografia periapical, se houver).*

Realizado por/onde:

- Clínicas credenciadas Ciscopar;
- 02.04.01.017 - RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA

Solicitação: Via formulário de exames Ciscopar.

TOMOGRAFIA TOTAL DE MANDÍBULA E/OU MAXILA

Indicação:

- Avaliação de fraturas mandibulares e maxilares;
- Extrações dentes terceiros molares retidos, dentes retidos e/ou anquilosados; exodontias múltiplas e remoção cistos, lesões e corpos estranhos *(quando justificada pelo cirurgião bucomaxilofacial e após avaliação prévia da radiografia panorâmica);*
- Quando solicitada pelo especialista para avaliação de casos complexos, reabsorções, erupções dentárias, etc. *(quando justificada e após avaliação prévia da radiografia panorâmica).*

Realizado por/onde:

- Clínicas credenciadas Ciscopar ou SUS;
- 90.14.01.028 - TOMOGRAFIA DE MANDÍBULA TOTAL
90.14.01.029 - TOMOGRAFIA DE MAXILA TOTAL

Solicitação: Com preenchimento de LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL - APAC (2 vias).

Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

Rua Rodrigues Alves, 1437 - Coopagro - 85.903-500 - CNPJ 73.449.977/0001-64
<http://www.ciscopar.com.br> - Fone (45) 3252-3524 / 3277-7800.



ANEXO 15



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TOLEDO
ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE



**ORIENTAÇÕES SOBRE SOLICITAÇÃO DE TOMOGRAFIA DE MAXILA
TOTAL E TOMOGRAFIA DE MANDÍBULA TOTAL**

O Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal da Saúde realiza a regulação e justificativa adequadas para os agendamentos de exames de alta complexidade como a Tomografia de Maxila Total e Tomografia de Mandíbula Total.

A solicitação da tomografia deve ocorrer para os casos criteriosamente avaliados e que não foi possível realizar diagnóstico por meio de radiografias convencionais. Este exame deve ser solicitado por profissionais especialistas da rede pública de saúde após avaliação e necessidade do exame para diagnóstico e tratamento.

Os profissionais do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ao solicitarem o exame de tomografia de mandíbula ou maxila total, devem anexar 2 vias do laudo para emissão de APAC Tomografia juntamente a solicitação do exame.

Salientamos que para visualizar os terços médio e superior da face pode ser solicitado a Tomografia de Face devido a limitação da área de abrangência da tomografia de maxila total.

Atenciosamente,

Toledo, 27 de Janeiro de 2022.

Juciliane Cesaro Angoneze
Coordenadora da Saúde Bucal

Assinaturas

Página: 1



Documento: 15235/2026 - PROTOCOLO REGULAÇÃO ESPECIALIDADES SB.pdf

Data: 03/07/2026 11:50:36

Assinatura avançada realizada por: CAROLINE FERNANDES MARIN DE TOLEDO em 03/07/2026 11:51:53.

Assinatura avançada realizada por: KARLA DAYANNA DE ALMEIDA LORENSETTI ROMAN em 03/07/2026 14:14:01.

Assinatura avançada realizada por: ADRIANE MONTEIRO SANTANA em 03/07/2026 14:41:09.



Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:

<http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136> com

o código d3e598ba-5169-448b-85e2-58320ff5946c