

## **RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº XXX/XXX**

### **ANEXO II - DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

#### **89. REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO**

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:
  - a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;
  - b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.