

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
82000034	Sim	ALVEOLOPLASTIA	CIRURGIA	SEGMENTO	166	41,5	Procedimentos incluso nos procedimentos de exodontias.	ÚNICO			
82000077	Sim	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA	CIRURGIA	DENTE	311	77,75	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo dente.	ÚNICO	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000085	Sim	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA	CIRURGIA	DENTE	283	70,75	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo dente.	ÚNICO	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000158	Sim	APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA	CIRURGIA	DENTE	383	95,75	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	ÚNICO	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000166	Sim	APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA	CIRURGIA	DENTE	311	77,75	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	ÚNICO	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000174	Sim	APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA	CIRURGIA	DENTE	283	70,75	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	ÚNICO	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000182	Sim	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA	CIRURGIA	DENTE	271	67,75	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	ÚNICO	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000190	Sim	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTIBULO	CIRURGIA	ARCADA	197	49,25	Procedimento pré-protético.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82000239	Sim	BIOPSIA DE BOCA	CIRURGIA	BOCA	161	40,25	Refere-se ao ato cirúrgico (remoção incisional ou excisional).	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82000247	Sim	BIOPSIA DE GLANDULAR SALIVAR	CIRURGIA	BOCA	161	40,25	Refere-se ao ato cirúrgico (remoção incisional ou excisional).	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82000255	Sim	BIOPSIA DE LABIO	CIRURGIA	BOCA	161	40,25	Refere-se ao ato cirúrgico (remoção incisional ou excisional).	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82000263	Sim	BIOPSIA DE LINGUA	CIRURGIA	BOCA	161	40,25	Refere-se ao ato cirúrgico (remoção incisional ou excisional).	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82000271	Sim	BIOPSIA DE MANDIBULA	CIRURGIA	BOCA	161	40,25	Refere-se ao ato cirúrgico (remoção incisional ou excisional).	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82000280	Sim	BIOPSIA DE MAXILA	CIRURGIA	BOCA	161	40,25	Refere-se ao ato cirúrgico (remoção incisional ou excisional).	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82000298	Sim	BRIDECTOMIA	CIRURGIA	HEMIARCADA	144	36	Procedimento pré-protético. Procedimento não autorizado com ato de bridotomia.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
82000301	Sim	BRIDOTOMIA	CIRURGIA	HEMIARCADA	144	36	Procedimento pré-protético. Procedimento não autorizado com ato de bridectomy	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82000352	Sim	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	CIRURGIA	BOCA	144	36	Procedimento não autorizado com o procedimento de remoção de tórus palatino.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000360	Sim	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - BILATERAL	CIRURGIA	ARCADA	227	56,75	Procedimento não autorizado com o procedimento de exostose maxilar, remoção de torus mandibular unilateral.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000387	Sim	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - UNILATERAL	CIRURGIA	ARCADA	144	36	Procedimento não autorizado com o procedimento de exostose maxilar, remoção de torus mandibular bilateral	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000395	Sim	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	CIRURGIA	BOCA	144	36	Procedimento não autorizado com o procedimento de exostose maxilar.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000441	Sim	COLETA DE RASPADO EM LESOES OU SITIOS ESPECIFICOS DA REGIAO BUZO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	160	40	Refere-se ao ato cirúrgico.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000581	Não	ENXERTO COM OSSO AUTOGENO DA LINHA OBRIQUA	CIRURGIA	BOCA	3073	768,25		ÚNICO			
82000743	Sim	EXERESE DE LIPOMA NA REGIAO BUZO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	160	40		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000778	Sim	EXERESE OU EXCISAO DE CALCULO SALIVAR	CIRURGIA	ARCADA	144	36		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000786	Sim	EXERESE OU EXCISAO DE CISTOS ODONTOLOGICOS	CIRURGIA	ARCADA	232	58		ÚNICO	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação .
82000794	Sim	EXERESE OU EXCISAO DE MUCOCELE	CIRURGIA	BOCA	227	56,75		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000808	Sim	EXERESE OU EXCISAO DE RANULA	CIRURGIA	BOCA	256	64		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
82000816	Sim	EXODONTIA A RETALHO	CIRURGIA	DENTE	73	18,25	Consiste na remoção dentária com abertura cirúrgica. Incluso os procedimentos de incisão, alveoplastia, curetagem apical, sutura e remoção de sutura. Não autorizado com gencicentomia, gengivoplastia	ÚNICO			
82000832	Sim	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICACAO ORTODONTICA / PROTETICA	CIRURGIA	DENTE	73	18,25	Remoção dentária com indicação para tratamento ortodôntico. Deve ser apresentada carta do ortodontista. Não autorizado com gencicentomia, gengivoplastia	ÚNICO			Apresentação da carta de solicitação de ortodontista no pagamento.
82000859	Sim	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	CIRURGIA	DENTE	73	18,25	Incluso os procedimentos de incisão, alveoplastia, curetagem apical, sutura e remoção de sutura. Não autorizado com gencicentomia, gengivoplastia	ÚNICO			

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
82000875	Sim	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	CIRURGIA	DENTE	73	18,25	Incluso os procedimentos de incisão, alveoplastia, curetagem apical, sutura e remoção de sutura. Não autorizado com gencivectomia, gengivoplastia	ÚNICO			
5015	Não	EXODONTIA SIMPLES DE SUPRA NUMERARIO	CIRURGIA	SEGMENTO	67	16,75	Incluso os procedimentos de incisão, alveoplastia, curetagem apical, sutura e remoção de sutura. Não autorizado com gencivectomia, gengivoplastia	ÚNICO	x		Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82000883	Sim	FRENUECTOMIA LABIAL	CIRURGIA	ARCADA	149	37,25		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82000891	Sim	FRENUECTOMIA LINGUAL	CIRURGIA	BOCA	144	36		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82000905	Sim	FRENULOTOMIA LABIAL	CIRURGIA	ARCADA	149	37,25		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82000913	Sim	FRENULOTOMIA LINGUAL	CIRURGIA	BOCA	144	36		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001103	Sim	PUNCAO ASPIRATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	160	40		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar laudo anátomopatológico.
82001154	Sim	RECONSTRUCAO SULCO GENGIVO LABIAL	CIRURGIA	ARCADA	197	49,25	Indicado para recontorno de gengivas anormais, tais como crateras e hiperplasias gengivais. Não autorizado com os procedimentos de aprofundamento de fundo de vestíbulo, bridotomy, bridectomy, remoção cirúrgica de bridas.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001170	Sim	REDUCAO CRUENTA DE FRATURAS ALVEOLO DENTARIAS	CIRURGIA	ARCADA	207	51,75		ÚNICO	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82001189	Sim	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURAS ALVEOLO DENTARIAS	CIRURGIA	ARCADA	207	51,75		ÚNICO	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82001219	Não	REEDUCACAO E/OU REABILITACAO DE DISTURBIO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	279	69,75		ÚNICO			
82001286	Sim	REMOCAO DE DENTES RETIDOS (INCLUSOS OU IMPACTADOS)	CIRURGIA	DENTE	323	80,75	Indicação para dentes cuja porção coronária apresente inclusão óssea/submucosa ou impactos (não erupcionados). Incluso alveoplastia, curetagem apical, odontosecção, osteotomia, sutura e preservação.	ÚNICO			Apresentação de rx inicial no pagamento.
82001294	Sim	REMOCAO DE DENTES SEMI INCLUSOS / IMPACTADOS	CIRURGIA	DENTE	186	46,5	Indicação para dentes cuja porção coronária estejam parcialmente recobertos por tecido ósseo/submucoso, em comunicação com o meio bucal.I Inclui alveoplastia, curetagem apical, odontosecção, osteotomia, sutura e preservação.	ÚNICO			Apresentação de rx inicial no pagamento.
5181	Não	REMOCAO DE DENTES SUPRA-NUMERARIOS (INCLUSOS OU IMPACTADOS)	CIRURGIA	SEGMENTO	324	81	Indicação para dentes cuja porção coronária apresente inclusão óssea/submucosa ou impactos (não erupcionados). Incluso alveoplastia, curetagem apical, odontosecção, osteotomia, sutura e preservação.	ÚNICO	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82001367	Sim	REMOCAO DE ODONTOMA	CIRURGIA	SEGMENTO	215	53,75		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial no pagamento.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
82001391	Não	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	DENTE	374	93,5		ÚNICO			
82001413	Não	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO OU SUBMUCOSO DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	ARCADA	394	98,5		ÚNICO			
82001430	Não	RETIRADA DOS MEIOS DE FIXACAO DA REGIAO BUCO MAXILO FACIAL	CIRURGIA	ARCADA	1478	369,5		ÚNICO			
82001448	Não	SEDACAO CONSCIENTE COM OXIDO NITROSO E OXIGENIO EM ODONTOLOGIA	CIRURGIA	BOCA	743	185,75		ÚNICO			
87000164	Não	SEDACAO CONSCIENTE COM OXIDO NITROSO E OXIGENIO EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONTOLOG	CIRURGIA	BOCA	743	185,75		NÃO SE APLICA			
82001502	Não	TRACIONAMENTO CIRURGICO COM FINALIDADE ORTODONTICA	CIRURGIA	HEMIARCADA	323	80,75		ÚNICO	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
82001545	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	HEMIARCADA	144	36	Procedimento pré-protético. Não autorizado com bridotomia ou bridectomy.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001510	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BUCO-NASALIS	CIRURGIA	ARCADA	252	63		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação .
82001529	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BUCO-SINUSAIS	CIRURGIA	ARCADA	252	63		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação .
82001553	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERPLASIA DE TECIDOS MOLES DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	161	40,25	Autorizado somente para paciente portadores de Prótese Total e Prótese Parcial Removível.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001588	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERPLASIA DE TECIDOS OSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	332	83	Necessária apresentação de relatório clínico.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001618	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES BENIGNO DE TECIDOS MOLES DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	CIRURGIA	BOCA	161	40,25	Necessária apresentação de relatório clínico.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001596	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES BENIGNO DE TECIDOS OSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIA	CIRURGIA	BOCA	333	83,25	Necessária apresentação de relatório clínico.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
82001634	Sim	TRATAMENTO CIRURGICO PARA TUMORES BENIGNOS ODONTOGENICOS - SEM RECONSTRUCAO	CIRURGIA	ARCADA	319	79,75	Necessária apresentação de relatório clínico.	ÚNICO			
82001707	Sim	ULECTOMIA	CIRURGIA	DENTE	64	16	Dente em fase de eupção com hiperтроfia mucogengival. Não autorizado com procedimentos de gengivoplastia, gengivectomia, cunha proximal e ulotomia. Autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
82001715	Sim	ULOTOMIA	CIRURGIA	DENTE	64	16	Dente em fase de eupção com fibrose gengival. Não autorizado com procedimentos de gengivoplastia, gengivectomia, cunha proximal e ulectomia . Autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação.
85400017	Sim	AJUSTE OCCLUSAL POR ACRESCIMO	DENTISTICA	BOCA	87	21,75	Procedimento incluso nos atos de restauração/prótese.	ÚNICO	x	x	
85400025	Sim	AJUSTE OCCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	DENTISTICA	BOCA	59	14,75	Procedimento incluso nos atos de restauração/prótese.	24	x	x	
85100031	Não	CLAREAMENTO A LASER	DENTISTICA	ARCADA	2835	708,75		24	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação. Enviar foto inicial e final no pagamento.
85100021	Não	CLAREAMENTO DENTARIO CASEIRO	DENTISTICA	ARCADA	1064	266		24	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação. Enviar foto inicial e final no pagamento.
85100030	Não	CLAREAMENTO DENTARIO DE CONSULTORIO	DENTISTICA	DENTE	433	108,25		24	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação. Enviar foto inicial e final no pagamento.
85100032	Não	COMPLEMENTO DE CLAREAMENTO A LASER - POR SESSAO	DENTISTICA	BOCA	948	237		24	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação. Enviar foto inicial e final no pagamento.
85100064	Sim	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	DENTISTICA	DENTE	145	36,25	Procedimento autorizado para dentes anteriores permanentes. Não é autorizada para finalidade estética.	24	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . No pagamento enviar foto inicial e final.
85400262	Sim	PINO PRE-FABRICADO	DENTISTICA	DENTE	118	29,5	Procedimento não autorizado com procedimento restaurador direto. Código utilizado para pinos metálicos, fibra de vidro ou de carbono. Procedimento exige endodontia prévia.	ÚNICO	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
85100072	Não	PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO	DENTISTICA	ARCADA	236	59	Procedimento com autorização condicionada a solicitação do clareamento.	24	x	x	Apresentação de foto com a placa instalada no pagamento.
85100099	Sim	RESTAURACAO AMALGAMA 1 FACE	DENTISTICA	FACE	58	14,5	Inclui remoção tecido cariado, forramento, polimento e ajuste.	24			
85100102	Sim	RESTAURACAO AMALGAMA 2 FACES	DENTISTICA	FACE	76	19	Inclui remoção tecido cariado, forramento, polimento e ajuste.	24			Apresentação de rx inicial no pagamento.
85100110	Sim	RESTAURACAO AMALGAMA 3 FACES	DENTISTICA	FACE	82	20,5	Inclui remoção tecido cariado, forramento, polimento e ajuste.	24			Apresentação de rx inicial no pagamento.
85100129	Sim	RESTAURACAO AMALGAMA 4 FACES	DENTISTICA	FACE	98	24,5	Inclui remoção tecido cariado, forramento, polimento e ajuste.	24			Apresentação de rx inicial no pagamento.
85100170	Não	RESTAURACAO EM RESINA (INDIRETA) - INLAY	DENTISTICA	DENTE	695	173,75	Procedimento autorizado para dentes permanentes posteriores, não passíveis de reconstrução por meio direto.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na produção. Apresentação de rx final e foto com a prótese instalada no pagamento.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
85100188	Não	RESTAURACAO RESINA (INDIRETA) - ONLAY	DENTISTICA	DENTE	695	173,75	Procedimento autorizado para dentes permanentes posteriores, não passíveis de reconstrução por meio direto.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na produção. Apresentação de rx final e foto com a prótese instalada no pagamento.
85100196	Sim	RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE	DENTISTICA	FACE	61	15,25	Inclui remoção tecido cariado, forramento, polimento e ajuste.	24			Apresentação de foto inicial no pagamento.
85100200	Sim	RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES	DENTISTICA	FACE	88	22	Inclui remoção tecido cariado, forramento, polimento e ajuste.	24			Apresentação de foto/Rx inicial no pagamento.
85100218	Sim	RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 3 FACES	DENTISTICA	FACE	122	30,5	Inclui remoção tecido cariado, forramento, polimento e ajuste.	24			Apresentação de foto/Rx inicial no pagamento.
85200085	Sim	RESTAURACAO TEMPORARIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	DENTISTICA	DENTE	37	9,25	Indicado para cavidades profundas. Restauração definitiva após 45 dias.	24	x	x	Apresentação de Rx inicial na solicitação . Apresentação rx inicial e final no pagamento.
85100234	Não	TRATAMENTO DE FLUROSE - MICROABRASAO	DENTISTICA	ARCADA	75	18,75		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação.
81000030	Sim	CONSULTA ODONTOLOGICA	DIAGNOSTICO	BOCA	34	8,5	Procedimento inclui anamnese, exame clínico e planejamento.	6			
81000049	Sim	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIA	DIAGNOSTICO	BOCA	34	8,5	Procedimento não é autorizado para pacientes em tratamento e com consulta odontológica. Utilizado para atendimento emergencial somente consulta, exame clínico e prescrição.	6			
81000057	Sim	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIA 24 HS	DIAGNOSTICO	BOCA	34	8,5	Ato exclusivo para clínica 24 horas. Utilizado para atendimento emergencial somente consulta, exame clínico e prescrição.	6			
81000065	Sim	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	DIAGNOSTICO	BOCA	34	8,5	Não pode ser solicitado com consulta odontológica e consulta de urgência.	6			
82000549	Não	CRYOTERAPIA OU TERMOTERAPIA EM ODONTOLOGIA	DIAGNOSTICO	BOCA	35	8,75		ÚNICO			
81000111	Sim	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	DIAGNOSTICO	BOCA	118	29,5	Procedimento não autorizado com consulta odontológica, consulta inicial e consulta de urgência. Procedimento restrito a especialista em Estomatologia.	NÃO SE APLICA			
85100048	Sim	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTARIOS	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25		ÚNICO	x		Apresentação de foto inicial e final no pagamento.
82000468	Sim	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APPLICACAO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25	Não autorizado para o profissional que realizou a cirurgia.	ÚNICO			
82000484	Sim	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APPLICACAO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25	Não autorizado para o profissional que realizou a cirurgia.	ÚNICO			

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
85000787	Sim	IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES DECIDUOS	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25		ÚNICO		Apresentação de foto inicial e final no pagamento.	
85300020	Sim	IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES PERMANENTES	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25		ÚNICO		Apresentação de foto inicial e final no pagamento.	
82001022	Sim	INCISAO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMAO DA REG BUZO-MAXILO-FACIAL	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25		ÚNICO			
82001030	Sim	INCISAO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMAO DA REGIAO BUZO-MAXILO-FACIAL	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25		ÚNICO			
85400467	Sim	RECIMENTACAO DE TRABALHO PROTETICO	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25	Não autorizado com procedimentos de prótese.	ÚNICO			
82001197	Sim	REDUCAO SIMPLES DE LUXACAO DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (ATM)	EMERGENCIA	BOCA	37	9,25		ÚNICO			
82001251	Sim	REIMPLANTE DE DENTE COM CONTENCAO	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25		ÚNICO			
82001308	Sim	REMOCAO DE DRENO EXTRA-ORAL	EMERGENCIA	BOCA	100	25		ÚNICO			
82001316	Sim	REMOCAO DE DRENO INTRA-ORAL	EMERGENCIA	BOCA	100	25		ÚNICO			
82001499	Sim	SUTURA DE FERIDA EM REGIAO BUZO-MAXILO-FACIAL	EMERGENCIA	BOCA	37	9,25		ÚNICO			
82001642	Sim	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXACAO DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR - ATM	EMERGENCIA	BOCA	37	9,25		ÚNICO			
85300063	Sim	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25		ÚNICO			
82001650	Sim	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25	Não autorizado para o profissional que realizou cirurgia/exodontia.	ÚNICO			
85300080	Sim	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25	Autorizado somente para elementos semi inclusos.	ÚNICO			
85200034	Sim	TRATAMENTO EM ODONTALGIA AGUDA	EMERGENCIA	DENTE	37	9,25		ÚNICO			

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
85200018	Não	CLAREAMENTO DO DENTE DESVITALIZADO	ENDODONTIA	DENTE	84	21	Elemento deve apresentar endodontia realizada.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx e foto inicial na solicitação.
85200050	Sim	REMOCAO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	ENDODONTIA	DENTE	14	3,5		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
85200069	Sim	REMOCAO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODONTICO	ENDODONTIA	DENTE	122	30,5	Incluso no retratamento endodôntico.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
85200077	Sim	REMOCAO NUCLEO INTRARRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	46	11,5		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
85200093	Sim	RETRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	447	111,75	Incluso a desobturação do canal, trocas de medicação e restauração provisória.	ÚNICO		x	Apresentação de rx inicial e final (dissociado) no pagamento.
85200107	Sim	RETRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	725	181,25	Incluso a desobturação do canal, trocas de medicação e restauração provisória.	ÚNICO		x	Apresentação de rx inicial e final (dissociado) no pagamento.
85200115	Sim	RETRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	352	88	Incluso a desobturação do canal, trocas de medicação e restauração provisória.	ÚNICO		x	Apresentação de rx inicial e final no pagamento.
85200123	Sim	TRATAMENTO DE PERFORACAO ENDODONTICA	ENDODONTIA	DENTE	142	35,5	Comprovar radiograficamente a perfuração. Colocar o material utilizado nas Observações Clínicas do sistema.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
85200140	Sim	TRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	333	83,25	Incluso a abertura, preparo biomecânico, trocas de medicação e restauração provisória. Rx final deve estar dissociado.	ÚNICO			Apresentação de rx inicial e final (dissociado) no pagamento.
85200158	Sim	TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	533	133,25	Incluso a abertura, preparo biomecânico, trocas de medicação e restauração provisória. Rx final deve estar dissociado.	ÚNICO			Apresentação de rx inicial e final (dissociado) no pagamento.
85200166	Sim	TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR	ENDODONTIA	DENTE	258	64,5	Incluso a abertura, preparo biomecânico, trocas de medicação e restauração provisória.	ÚNICO			Apresentação de rx inicial e final no pagamento.
81000138	Sim	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM MATERIAL DE BIOPSIA NA REGIAO BUZO-MAXILO-FACIAL	EXAMES DE LABORATORIO	BOCA	118	29,5		NÃO SE APLICA			
81000154	Sim	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM PECA CIRURGICA NA REGIAO BUZO-MAXILO-FACIAL	EXAMES DE LABORATORIO	BOCA	118	29,5		NÃO SE APLICA			
81000170	Sim	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM PUNCAO NA REGIAO BUZO-MAXILO-FACIAL	EXAMES DE LABORATORIO	BOCA	118	29,5		NÃO SE APLICA			
84000228	Não	TESTE DE CAPACIDADE TAMPAO DA SALIVA	EXAMES DE LABORATORIO	BOCA	98	24,5	Informar a metodologia a ser utilizada. Necessária apresentação do laudo laboratorial.	ÚNICO	x	x	Apresentação do laudo laboratorial no pagamento.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
84000236	Não	TESTE DE CONTAGEM MICROBIOTICA	EXAMES DE LABORATORIO	BOCA	87	21,75		ÚNICO			
84000244	Sim	TESTE DE FLUXO SALIVAR	EXAMES DE LABORATORIO	BOCA	44	11	Informar a metodologia a ser utilizada. Necessária apresentação do laudo laboratorial.	ÚNICO	x	x	Apresentação do laudo laboratorial no pagamento.
84000252	Não	TESTE DE PH SALIVAR	EXAMES DE LABORATORIO	BOCA	78	19,5	Informar a metodologia a ser utilizada. Necessária apresentação do laudo laboratorial.	ÚNICO	x	x	Apresentação do laudo laboratorial no pagamento.
85200131	Sim	TRATAMENTO DENTES COM RIZOGENESE INCOMPLETA	EXAMES DE LABORATORIO	DENTE	66	16,5	Dentes com ápice aberto. Não utilizado para tratamento de lesão apical.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
85100242	Não	ADEQUACAO DE MEIO BUCAL (IONOMERO DE VIDRO OU IRM) HEMIARCO	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	86	21,5		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial para análise.
84000031	Sim	APLICACAO DE CARIOSTATICO	ODONTOPEDIATRIA	BOCA	41	10,25	Autorizado para menores 07 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação.
84000058	Sim	APLICACAO DE SELANTE - TECNICA INVASIVA	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	24	6	Em dentes deciduos autorizado para menores de 07 anos. Em dentes permanentes autorizado para menores de 13 anos. Não autorizado com procedimento de restauração.	ÚNICO		x	
84000074	Sim	APLICACAO DE SELANTES DE FOSSULAS E FISSURAS	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	24	6	Em dentes deciduos autorizado para menores de 07 anos. Em dentes permanentes autorizado para menores de 13 anos. Não autorizado com procedimento de restauração.	ÚNICO		x	
84000112	Sim	APLICACAO TOPICA VERNIZ FLUORETADO	ODONTOPEDIATRIA	HEMIARCADA	76	19	Não autorizado com remineralização, aplicação tópica de flúor, dessensibilização e remineralização.	ÚNICO			
87000032	Sim	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	ODONTOPEDIATRIA	BOCA	35	8,75	Justificar o procedimento. Não autorizado com condicionamento em Odontologia. Máximo de 03 sessões.	NÃO SE APLICA	x	x	
81000014	Sim	CONDICIONAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA	ODONTOPEDIATRIA	BOCA	35	8,75	Justificar o procedimento. Não autorizado com condicionamento em Odontologia. Máximo de 03 sessões.	3 SESSÕES			
83000020	Sim	COROA DE ACETATO EM DENTE DECIDUO	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	167	41,75	Para elementos não passíveis de reconstrução por meio direto. Procedimento autorizado para Odontopediatria.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
87000040	Sim	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	170	42,5	Para elementos não passíveis de reconstrução por meio direto. Procedimento autorizado para Odontopediatria.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
83000046	Sim	COROA DE ACO EM DENTE DECIDUO	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	167	41,75	Para elementos não passíveis de reconstrução por meio direto. Procedimento autorizado para Odontopediatria.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
87000059	Sim	COROA DE ACO EM DENTE PERMANENTE	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	167	41,75	Para elementos não passíveis de reconstrução por meio direto. Procedimento autorizado para Odontopediatria.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
83000062	Sim	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECIDUO	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	167	41,75	Para elementos não passíveis de reconstrução por meio direto. Procedimento autorizado para Odontopediatria.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
87000067	Sim	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	159	39,75	Para elementos não passíveis de reconstrução por meio direto. Procedimento autorizado para Odontopediatria.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
82000700	Sim	ESTABILIZACAO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENCAO FISICA E/OU MECANICA	ODONTOPEDIATRIA	BOCA	64	16	Justificativa, técnica a ser adotada e autorização assinada pelo responsável legal.	NÃO SE APLICA	x	x	Apresentação da autorização do responsável legal.
87000148	Sim	ESTABILIZACAO POR MEIO DE CONTENC FISICA E/OU MECAN EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONT	ODONTOPEDIATRIA	BOCA	206	51,5	Justificativa, técnica a ser adotada e autorização assinada pelo responsável legal.	NÃO SE APLICA	x	x	Apresentação da autorização do responsável legal.
83000089	Sim	EXODONTIA SIMPLES DE DECIDUOS	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	64	16		ÚNICO			
83000097	Não	MANTENEDOR DE ESPACO FIXO	ODONTOPEDIATRIA	HEMIARCADA	173	43,25	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
83000100	Não	MANTENEDOR DE ESPACO REMOVIVEL	ODONTOPEDIATRIA	ARCADA	173	43,25	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
85200042	Sim	PULPOTOMIA	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	62	15,5	Não autorizado com procedimento de endodontia, com capeamento pulpar direto, tratamento expectante.	ÚNICO	x		Enviar rx inicial no pagamento.
83000127	Sim	PULPOTOMIA EM DENTE DECIDUO	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	62	15,5	Autorizado para menores 13 anos.	ÚNICO	x		Apresentação de rx inicial no pagamento.
84000201	Sim	REMINERALIZACAO	ODONTOPEDIATRIA	SEGMENTO	29	7,25	Não autorizado com dessensibilização, aplicação tópica de flúor, aplicação de verniz fluoretado. Autorizado para menores de 13 anos.	12	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação.
83000135	Sim	RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE DECIDUO	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	53	13,25	Para menores de 07 anos.	24	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação.
85100080	Sim	RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE PERMANENTE	ODONTOPEDIATRIA	DENTE	53	13,25	Para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação.
85100137	Sim	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 1 FACE	ODONTOPEDIATRIA	FACE	61	15,25	Procedimento autorizado para menores de 13 anos. Inclui forramento e polimento.	24			Apresentação de foto inicial no pagamento.
85100145	Sim	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 2 FACES	ODONTOPEDIATRIA	FACE	72	18	Procedimento autorizado para menores de 13 anos. Inclui forramento e polimento.	24			Apresentação de foto inicial no pagamento.
85100153	Sim	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 3 FACES	ODONTOPEDIATRIA	FACE	74	18,5	Procedimento autorizado para menores de 13 anos. Inclui forramento e polimento.	24			Apresentação de foto inicial no pagamento.

TUSS	Rol	Descrição		Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica		Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
85100161	Sim	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 4 FACES		ODONTOPEDIATRIA	FACE	74	18,5	Procedimento autorizado para menores de 13 anos. Inclui forramento e polimento.		24			Apresentação de foto inicial no pagamento.
83000151	Sim	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DECIDUOS		ODONTOPEDIATRIA	DENTE	153	38,25	Presença de 2/3 do remanescente radicular.		ÚNICO			Apresentação de rx inicial e final no pagamento.
86000020	Não	APARELHO DE KLAMMT		ORTODONTIA	ARCADA	650	162,5	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.		ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000047	Não	APARELHO DE THUROW		ORTODONTIA	ARCADA	667	166,75	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.		ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000055	Não	APARELHO EXTRA-BUCAL		ORTODONTIA	BOCA	500	125			ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000098	Não	APARELHO ORTODONTICO FIXO METALICO		ORTODONTIA	ARCADA	227	56,75	Valor do aparelho incluso nos procedimentos de manutenção ortodôntica.		ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000110	Não	APARELHO ORTODONTICO FIXO METALICO PARCIAL		ORTODONTIA	ARCADA	896	224	Valor do aparelho incluso nos procedimentos de manutenção ortodôntica.		ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
8500	Não	APARELHO ORTOPEDICO FUNCIONAL		ORTODONTIA	BOCA	846	211,5	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.		ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000128	Não	APARELHO REMOVIVEL COM ALCAS BIONATO INVERTIDA OU DE ESCHELER		ORTODONTIA	ARCADA	703	175,75	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.		ÚNICO	x	x	
86000144	Não	ARCO LINGUAL		ORTODONTIA	ARCADA	459	114,75	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.		ÚNICO	x	x	
86000595	Não	ARTROSCOPIA DE ATM		ORTODONTIA	ARCADA	1749	437,25			ÚNICO			
86000152	Não	BARRA TRANSPALATINA FIXA		ORTODONTIA	ARCADA	459	114,75	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.		ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000160	Não	BARRA TRANSPALATINA REMOVIVEL		ORTODONTIA	ARCADA	399	99,75	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.		ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000179	Não	BIONATOR DE BALTERS		ORTODONTIA	ARCADA	650	162,5	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.		ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000187	Não	BLOCO GERMINADO DE CLARK		ORTODONTIA	ARCADA	140	35	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.		ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
86000195	Não	BOTAO DE NANCE	ORTODONTIA	ARCADA	459	114,75	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO			Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000209	Não	CONTENCAO FIXA	ORTODONTIA	ARCADA	397	99,25	Procedimento incluso no tratamento ortodôntico realizado.	ÚNICO	x	x	Apresentação de fotoa inicial e final no pagamento.
6220	Não	CONTENCAO MOVEL (SUPERIOR OU INFERIOR), OU APARELHOS MOVEIS SIMPLES	ORTODONTIA	BOCA	1050	262,5	Procedimento incluso no tratamento ortodôntico realizado.	ÚNICO	x	x	Apresentação de fotoa inicial e final no pagamento.
86000225	Não	DISJUNTOR PALATINO - HIRAX	ORTODONTIA	ARCADA	515	128,75	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000233	Não	DISJUNTOR PALATINO - MACNAMARA	ORTODONTIA	ARCADA	547	136,75	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000276	Não	DISJUNTOR PENDULO / PENDEX	ORTODONTIA	ARCADA	448	112	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000597	Não	DISPOSITIVO DESCOMPRESSOR	ORTODONTIA	ARCADA	1195	298,75		ÚNICO			
86000596	Não	DISPOSITIVO REPOSIÇÃO	ORTODONTIA	ARCADA	1195	298,75		ÚNICO			
86000250	Não	DISTALIZADOR DE HILGERS	ORTODONTIA	HEMIARCADA	80	20	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000284	Não	DISTALIZADOR TIPO JONES JIG	ORTODONTIA	ARCADA	380	95	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000600	Não	ELETROMIOGRAFIA	ORTODONTIA	ARCADA	1166	291,5		ÚNICO			
86000306	Não	GIANELLY	ORTODONTIA	ARCADA	193	48,25	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000314	Não	GRADE PALATINA FIXA	ORTODONTIA	ARCADA	459	114,75	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000322	Não	GRADE PALATINA REMOVIVEL	ORTODONTIA	ARCADA	399	99,75	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000330	Não	HERBST ENCAPSULADO	ORTODONTIA	ARCADA	826	206,5	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
86000598	Não	INFILTRACAO ANESTESICA	ORTODONTIA	ARCADA	1195	298,75		NÃO SE APLICA			
86000599	Não	INFILTRACAO MEDICAMENTOSA	ORTODONTIA	ARCADA	1195	298,75		NÃO SE APLICA			
86000365	Não	MANUTENCAO APARELHO ORTOPEDICO FUNCIONAL	ORTODONTIA	BOCA	240	60	TUSS 86000365	MENSAL			
86000357	Não	MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO - APARELHO FIXO	ORTODONTIA	BOCA	254	63,5	Quantidade de manutenções serão informadas conforme análise da auditoria após análise da documentação e planejamento enviados.	MENSAL	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000373	Não	MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO - APARELHO REMOVIVEL	ORTODONTIA	BOCA	231	57,75	Quantidade de manutenções serão informadas conforme análise da auditoria após análise da documentação e planejamento enviados.	MENSAL	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000601	Não	MANUTENCAO DE DISPOSITIVO INTER OCLUSAL	ORTODONTIA	ARCADA	240	60	Quantidade de manutenções serão informadas conforme análise da auditoria após análise da documentação e planejamento enviados.	MENSAL	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000381	Não	MASCARA FACIAL - DELAIRE E TRACAO REVERSA	ORTODONTIA	BOCA	405	101,25		ÚNICO			
86000390	Não	MENTONEIRA	ORTODONTIA	BOCA	219	54,75		ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento.
86000438	Não	PISTAS DIRETAS DE PLANAS - SUPERIOR E INFERIOR	ORTODONTIA	ARCADA	702	175,5	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000462	Não	PLACA DE HAWLEY	ORTODONTIA	BOCA	690	172,5	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000470	Não	PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR	ORTODONTIA	ARCADA	681	170,25	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000489	Não	PLACA DE MORDIDA ORTODONTICA	ORTODONTIA	BOCA	500	125		ÚNICO			
86000519	Não	PLACA DUPLA DE SANDERS	ORTODONTIA	ARCADA	722	180,5	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000535	Não	PLACA LABIO-ATIVA	ORTODONTIA	ARCADA	459	114,75	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000551	Não	PLANO INCLINADO	ORTODONTIA	ARCADA	633	158,25	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.	ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.

TUSS	Rol	Descrição		Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica		Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
86000560	Não	QUADRIHELICE		ORTODONTIA	ARCADA	399	99,75	Procedimento autorizado para menores de 13 anos.		ÚNICO	x	x	Apresentação da documentação ortodôntica inicial e planejamento. No pagamento necessária apresentação de foto inicial e final.
86000602	Não	TRATAMENTO DE DTM - ACUPUNTURA - SESSAO		ORTODONTIA	ARCADA	240	60			NÃO SE APLICA			
82000050	Sim	AMPUTACAO RADICULAR COM OBTURACAO RETROGADA		PERIODONTIA	DENTE	242	60,5	Remoção da raiz comprometida após tentativa de endodontia no conduto sem sucesso.		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
82000069	Sim	AMPUTACAO RADICULAR SEM OBTURACAO RETROGADA		PERIODONTIA	DENTE	242	60,5	Remoção da raiz comprometida após tentativa de endodontia no conduto sem sucesso.		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
82000212	Sim	AUMENTO DE COROA CLINICA		PERIODONTIA	DENTE	181	45,25	Para recuperação do espaço biológico. Não pode ser solicitado com gengivectomia, gengivoplastia, cunha proximal e cirurgia periodontal a retalho.		12	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na produção.
82000690	Não	CIRURGIA DE ENXERTO COM OSSO HOMOLOGO (BANCO DE OSSOS) - ATO CIRURGICO		PERIODONTIA	BOCA	3219	804,75			ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico.
82000336	Sim	CIRURGIA ODONTOLOGICA A RETALHO		PERIODONTIA	SEGMENTO	215	53,75	Não pode ser solicitado com cirurgia periodontal a retalho, exodontia a retalho.		12	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação.
82000344	Não	CIRURGIA ODONTOLOGICA COM APLICACAO DE ALOENXERTOS		PERIODONTIA	SEGMENTO	1153	288,25			ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico.
82000417	Sim	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO		PERIODONTIA	SEGMENTO	198	49,5	Não pode ser solicitado com cirurgia a retalho. Inclui raspagem supra e subgengival.		12	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação.
82000557	Sim	CUNHA PROXIMAL		PERIODONTIA	DENTE	120	30	Autorizado para região de terceiros molares.		ÚNICO			Apresentação da foto inicial e final no pagamento.
85300012	Sim	DESENSIBILIDADE DENTARIA		PERIODONTIA	DENTE	10	2,5	Não pode ser solicitação com aplicação tópica de flúor, remineralização, aplicação de verniz fluoretado,		12		x	
82000603	Não	ENXERTO COM OSSO AUTOGENO DO MENTO		PERIODONTIA	SEGMENTO	3073	768,25			ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico.
82000646	Não	ENXERTO CONJUNTIVO SUBTEPELIAL		PERIODONTIA	SEGMENTO	511	127,75	Informar a técnica e árae doadora.		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação. Apresentação de foto inicial e final no pagamento.
82000662	Não	ENXERTO GENGIVAL LIVRE		PERIODONTIA	SEGMENTO	258	64,5	Informar a técnica e árae doadora.		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação. Apresentação de foto inicial e final no pagamento.
82000689	Não	ENXERTO PEDICULADO		PERIODONTIA	SEGMENTO	258	64,5	Informar a técnica e árae doadora.		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação. Apresentação de foto inicial e final no pagamento.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
82000921	Sim	GENGIVECTOMIA	PERIODONTIA	SEGMENTO	109	27,25	Não pode ser solicitado com gengivoplastia, cunha proxima, aumento de coroa clínica.	12	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação.
82000948	Sim	GENGIVOPLASTIA	PERIODONTIA	SEGMENTO	144	36	Indicado para recontorno de gengivas anormais, tais como crateras e hiperplasias gengivais. Não pode ser solicitado com gengivectomia, cunha proxima, aumento de coroa clínica.	12	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação.
82000964	Não	IMPLANTE ORTODONTICO	PERIODONTIA	DENTE	643	160,75		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico. No pagamento necessário apresentação de rx inicial e final.
82000980	Não	IMPLANTE OSSEO INTEGRADO	PERIODONTIA	DENTE	2355	588,75		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico. No pagamento necessário apresentação de rx inicial e final.
82001049	Não	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO AUTOGENO	PERIODONTIA	SEGMENTO	3219	804,75		ÚNICO			
82001057	Não	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO HOMOLOGO	PERIODONTIA	SEGMENTO	3219	804,75		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico. No pagamento necessário apresentação de rx inicial e final.
82001065	Não	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO LIOFILIZADO	PERIODONTIA	SEGMENTO	3219	804,75		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial e planejamento cirúrgico. No pagamento necessário apresentação de rx inicial e final.
85400246	Não	ORTESE MIORELAXANTE (PLACA OCCLUSAL ESTABILIZADORA)	PERIODONTIA	BOCA	437	109,25		ÚNICO	x	x	Apresentação da foto com a placa instalada no pagamento.
85400254	Não	ORTESE REPOSIÇÃO (PLACA OCCLUSAL REPOSIÇÃO)	PERIODONTIA	BOCA	724	181		ÚNICO	x	x	Apresentação da foto com a placa instalada no pagamento.
85500097	Não	OVERDENTURE BARRA CLIPE O'RING SOBRE DOIS IMPLANTES	PERIODONTIA	ARCADA	9957	2489,25		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial e planejamento. No pagamento necessário apresentação de rx inicial, final e fotos finais.
85400270	Não	PLACA OCCLUSAL RESILIENTE	PERIODONTIA	BOCA	770	192,5		ÚNICO	x	x	Apresentação da foto com a placa instalada no pagamento.
85300039	Sim	RASPAGEM SUB-GENGIVAL / ALISAMENTO RADICULAR	PERIODONTIA	HEMIARCARDA	42	10,5	Para pacientes adultos (idade mínima 18 anos), inclui aplicação tópica de flúor, raspagem supra gengival e profilaxia. Enviar periograma preenchido no pagamento.	6			Apresentação do periograma no pagamento.
85300047	Sim	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	PERIODONTIA	HEMIARCARDA	36	9	Para pacientes adultos (idade mínima 18 anos), inclui aplicação tópica de flúor, raspagem sub - gengival e profilaxia.	6			
82001138	Não	REABERTURA - COLOCACAO DE CICATRIZADOR	PERIODONTIA	DENTE	299	74,75		ÚNICO	x	x	
82001464	Não	SEPULTAMENTO RADICULAR	PERIODONTIA	HEMIARCARDA	227	56,75	Elemento deve apresentar endodontia realizada.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Enviar rx inicial e final no pagamento.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
85300071	Sim	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA	PERIODONTIA	BOCA	557	139,25	Incluso nos procedimentos de raspagem supra e subgengival; inclui aplicação tópica de flúor e profilaxia.	12	x	x	
82001669	Não	TRATAMENTO ODONTOLOGICO REGENERATIVO COM ENXERTO DE OSSO AUTOGENO	PERIODONTIA	BOCA	2492	623		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial e planejamento na solicitação.
82001685	Sim	TUNELIZACAO	PERIODONTIA	DENTE	109	27,25		12	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final na pagamento.
84000090	Sim	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INCLUSO PROFILAXIA COM PASTA PROFILATICA, TACAS E ESCOVAS)	PREVENCAO	BOCA	22	5,5	Autorizado para menores de 13 anos. Não autorizado com aplicação de verniz fluorulado, remineralização, dessensibilização e cárie incipiente.	6			
87000016	Sim	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	PREVENCAO	BOCA	56	14	Incluso nos procedimentos de prevenção.	ÚNICO	x		
84000139	Sim	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAUDE BUCAL	PREVENCAO	BOCA	18	4,5	Incluso nos procedimentos de prevenção.	ÚNICO	x		
87000024	Sim	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES	PREVENCAO	BOCA	18	4,5	Incluso nos procedimentos de prevenção.	ÚNICO	x		
84000163	Sim	CONTROLE DE BIOFILME (PLACAS BACTERIANA)	PREVENCAO	BOCA	14	3,5	Incluso nos procedimentos de prevenção.	ÚNICO	x		
84000171	Sim	CONTROLE DE CARIE INCIPIENTE	PREVENCAO	BOCA	10	2,5	Incluso nos procedimentos de prevenção.	ÚNICO	x		
84000198	Sim	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONARIO (COM JATO DE BICARBONATO E ULTRASSON)	PREVENCAO	HEMIARCADA	35	8,75	Autorizado para maiores de 13 anos. Não autorizado com aplicação de verniz fluorulado, remineralização, dessensibilização, raspagem supra e subgengival.	6			
85300055	Sim	REMOCAO DE FATORES DE RETENCAO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	PREVENCAO	HEMIARCADA	22	5,5	Incluso nos procedimentos de prevenção.	ÚNICO	x		
85400033	Não	CONSENTO EM PROTESE PARCIAL REMOVIVEL (EM CONSULTORIO E EM LABORATORIO)	PROTESE DENTAL	ARCADA	174	43,5	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado. Não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400041	Não	CONSENTO EM PROTESE PARCIAL REMOVIVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTORIO)	PROTESE DENTAL	ARCADA	236	59	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado. Não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400050	Não	CONSENTO EM PROTESE TOTAL (EM CONSULTORIO E EM LABORATORIO)	PROTESE DENTAL	ARCADA	101	25,25	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado. Não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400068	Não	CONSENTO EM PROTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTORIO)	PROTESE DENTAL	ARCADA	236	59	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado. Não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
85400076	Sim	COROA PROVISORIA COM PINO	PROTESE DENTAL	DENTE	154	38,5		60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação foto com a prótese instalada no pagamento.
85400572	Não	COROA 3/4 OU 4/5	PROTESE DENTAL	DENTE	412	103		ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação .
85400084	Sim	COROA PROVISORIA SEM PINO	PROTESE DENTAL	DENTE	154	38,5		60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação foto com a prótese instalada no pagamento.
85500011	Não	COROA PROVISORIA SOBRE IMPLANTE	PROTESE DENTAL	DENTE	187	46,75		ÚNICO			
85500020	Não	COROA PROVISORIA SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA	PROTESE DENTAL	DENTE	1004	251		ÚNICO			
85400092	Não	COROA TOTAL ACRILICA PRENSADA	PROTESE DENTAL	DENTE	323	80,75	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400114	Sim	COROA TOTAL CEROMERO (DENTES ANTERIORES)	PROTESE DENTAL	DENTE	472	118	Procedimento autorizado somente para dentes anteriores.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação foto com a prótese instalada no pagamento.
85400106	Não	COROA TOTAL EM CERAMICA PURA	PROTESE DENTAL	DENTE	1197	299,25	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400122	Não	COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERAMICA	PROTESE DENTAL	DENTE	4205	1051,25		ÚNICO			
85400149	Sim	COROA TOTAL METALICA (DENTES POSTERIORES)	PROTESE DENTAL	DENTE	472	118	Procedimento autorizado somente para dentes posteriores.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação rx final com a prótese instalada no pagamento.
85500038	Não	COROA TOTAL METALO CERAMICA SOBRE IMPLANTE	PROTESE DENTAL	DENTE	3487	871,75		ÚNICO			
85400165	Não	COROA TOTAL METALO PLASTICA - CEROMERO	PROTESE DENTAL	DENTE	824	206	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400173	Não	COROA TOTAL METALO PLASTICA - RESINA ACRILICA	PROTESE DENTAL	DENTE	824	206	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85500054	Não	COROA TOTAL METALO PLASTICA SOBRE IMPLANTE - RESINA ACRILICA	PROTESE DENTAL	DENTE	1156	289		ÚNICO			
85400157	Não	COROA TOTAL METALO-CERAMICA	PROTESE DENTAL	DENTE	1153	288,25	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação de rx final no pagamento.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
87111949	Não	ENXERTO GENGIVAL	PROTESE DENTAL	SEGMENTO	962	240,5	Informar a técnica e área doadora	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação. Apresentação de foto inicial e final no pagamento.
85400181	Não	FACETA EM CERAMICA PURA	PROTESE DENTAL	DENTE	1056	264	Indicado para Dentes anteriores	60	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400190	Não	FACETA EM CEROMERO	PROTESE DENTAL	DENTE	830	207,5	Indicado para Dentes anteriores	60	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85500062	Não	GUIA CIRURGICO PARA IMPLANTE	PROTESE DENTAL	ARCADA	1291	322,75		ÚNICO			
85400203	Não	GUIA CIRURGICO PARA PROTESE TOTAL IMEDIATA	PROTESE DENTAL	ARCADA	3698	924,5		ÚNICO			
85500070	Não	INTERMEDIARIO PROTETICO (PARA IMPLANTES)	PROTESE DENTAL	DENTE	400	100		ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação.
85500089	Não	MANUTENCAO DE PROTESE SOBRE IMPLANTES	PROTESE DENTAL	ARCADA	606	151,5		ÚNICO	x	x	
85400211	Sim	NUCLEO DE PREENCHIMENTO	PROTESE DENTAL	DENTE	86	21,5	Não autorizado com procedimentos diretos (restaurações).	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação.
85400220	Sim	NUCLEO METALICO FUNDIDO	PROTESE DENTAL	DENTE	256	64		60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final no pagamento.
85400238	Não	ONLAY DE RESINA INDIRETA	PROTESE DENTAL	DENTE	695	173,75	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto	60	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400289	Não	PROTESE FIXA ADESIVA DIRETA (PROVISORIA)	PROTESE DENTAL	DENTE	1037	259,25	Solicitação limitada a 4 elementos	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400297	Não	PROTESE FIXA ADESIVA EM CEROMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	PROTESE DENTAL	DENTE	913	228,25	Solicitação limitada a 4 elementos	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400300	Não	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO-CERAMICA	PROTESE DENTAL	DENTE	1311	327,75	Solicitação limitada a 4 elementos	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400319	Não	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO-PLASTICA	PROTESE DENTAL	DENTE	1050	262,5	Solicitação limitada a 4 elementos	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400343	Não	PROTESE FIXA EM METALO PLASTICA	PROTESE DENTAL	DENTE	824	206	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pônticos.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
85400335	Não	PROTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERAMICA	PROTESE DENTAL	DENTE	1153	288,25	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pônticos.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400351	Não	PROTESE PARCIAL FIXA IN CERAN LIVRE DE METAL (METAL FREE)	PROTESE DENTAL	DENTE	1093	273,25	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pônticos.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400360	Não	PROTESE PARCIAL FIXA PROVISORIA	PROTESE DENTAL	SEGMENTO	174	43,5	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pônticos.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400386	Não	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL BILATERAL COM GRAMPOS	PROTESE DENTAL	ARCADA	1249	312,25	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares e sua inclinação.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400378	Não	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL COM ENCAIXES DE PRECISAO OU DE SEMI PRECISAO	PROTESE DENTAL	ARCADA	2995	748,75	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares e sua inclinação.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400394	Não	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL PROV ACRILICO COM OU SEM GRAMPO	PROTESE DENTAL	ARCADA	633	158,25	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares e sua inclinação.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400408	Não	PROTESE TOTAL	PROTESE DENTAL	ARCADA	1170	292,5	Necessária ausência de todos os elementos na arcada.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400610	Não	PROTESE TOTAL CARACTERIZADA	PROTESE DENTAL	ARCADA	1568	392	Necessária ausência de todos os elementos na arcada.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400416	Não	PROTESE TOTAL IMEDIATA	PROTESE DENTAL	ARCADA	948	237	Necessária ausência de todos os elementos na arcada.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400424	Não	PROTESE TOTAL INCOLOR	PROTESE DENTAL	ARCADA	1284	321	Necessária ausência de todos os elementos na arcada.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85500143	Não	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTETICA	PROTESE DENTAL	ARCADA	16736	4184		ÚNICO			
85500151	Não	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTETICA	PROTESE DENTAL	ARCADA	24330	6082,5		ÚNICO			
85500160	Não	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTETICA	PROTESE DENTAL	ARCADA	16328	4082		ÚNICO			
85500178	Não	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTETICA	PROTESE DENTAL	ARCADA	16328	4082		ÚNICO			
85500186	Não	PROTOCOLO BRANEMARK PROVISORIO PARA 4 IMPLANTES	PROTESE DENTAL	ARCADA	8376	2094		ÚNICO			

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
85500194	Não	PROTOCOLO BRANEMARK PROVISORIO PARA 5 IMPLANTES	PROTESE DENTAL	ARCADA	9586	2396,5		ÚNICO			
87111948	Não	PROTOTIPO 3D DO IMPLANTE A SER REALIZADO	PROTESE DENTAL	DENTE	1500	375		ÚNICO			
85400483	Não	REEMBASAMENTO DE PROTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM CONSULTORIO)	PROTESE DENTAL	ARCADA	227	56,75	Procedimento não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400491	Não	REEMBASAMENTO DE PROTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM LABORATORIO)	PROTESE DENTAL	ARCADA	306	76,5	Procedimento não autorizado para o profissional que realizou o procedimento.	ÚNICO	x	x	Apresentação de foto inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400505	Sim	REMOCAO DE TRABALHO PROTETICO	PROTESE DENTAL	DENTE	84	21	Não pode ser solicitado nas etapas intermediárias do tratamento protético.	ÚNICO	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação.
85400513	Não	RESTAURACAO CERAMICA PURA - INLAY	PROTESE DENTAL	DENTE	1056	264	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400521	Não	RESTAURACAO EM CERAMICA PURA - ONLAY	PROTESE DENTAL	DENTE	1056	264	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400548	Não	RESTAURACAO EM CEROMERO - INLAY	PROTESE DENTAL	DENTE	830	207,5	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400530	Não	RESTAURACAO EM CEROMERO - ONLAY	PROTESE DENTAL	DENTE	830	207,5	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação . Apresentação foto inicial e final no pagamento.
85400556	Sim	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA	PROTESE DENTAL	DENTE	472	118	Não autorizado para elementos que apresentem estrutura para procedimentos diretos.	60	x	x	Apresentação de rx inicial na solicitação. Apresentação de rx inicial e final no pagamento.
345	Não	DOCUMENTACAO ORTODONTICA "A"	RADIOLOGIA	BOCA	363	90,75	Procedimento autorizado para finalidade ortodôntica	ÚNICO	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
346	Não	DOCUMENTACAO ORTODONTICA "B"	RADIOLOGIA	BOCA	330	82,5	Procedimento autorizado para finalidade ortodôntica	ÚNICO	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
348	Não	DOCUMENTACAO ORTODONTICA "E"	RADIOLOGIA	BOCA	241	60,25	Procedimento autorizado para finalidade ortodôntica	ÚNICO	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000278	Não	FOTOGRAFIA PARA FINOS ORTODONTICOS (2 DE FRENTES E 1 DE PERFIL)	RADIOLOGIA	SEGMENTO	20	5	Procedimento autorizado para finalidade ortodôntica. Não autorizado com documentação ortodôntica.	ÚNICO	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000294	Não	LEVANTAMENTO RADIografICO (EXAME RADIODONTICO)	RADIOLOGIA	BOCA	198	49,5	Para finalidade periodontal . Procedimento exclusivo para Clínicas Radiológicas.	12	x	x	Apresentação das radiografias no pagamento.

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
81000308	Não	MODELOS ORTODONTICOS	RADIOLOGIA	ARCADA	43	10,75	Procedimento autorizado para finalidade ortodôntica. Não autorizado com documentação ortodôntica.	ÚNICO	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000561	Não	RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDIBULA	RADIOLOGIA	BOCA	92	23		ÚNICO	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000383	Sim	RADIOGRAFIA OCLUSAL	RADIOLOGIA	ARCADA	35	8,75		12			Imagen deve ser enviada no pagamento.
81000405	Sim	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA /MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA)	RADIOLOGIA	BOCA	60	15	Procedimento com finalidade pré ou pós cirúrgico.	12	x	x	Imagen deve ser enviada no pagamento.
81000413	Não	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA) COM TRACADO CEFALOMETRICO	RADIOLOGIA	BOCA	68	17	Procedimento com finalidade cirúrgica.	12	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000324	Não	RX ANTERO-POSTERIOR	RADIOLOGIA	BOCA	79	19,75		12	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000340	Não	RX DA ATM	RADIOLOGIA	BOCA	120	30		12	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000375	Sim	RX INTERPROXIMAL - BITE WING	RADIOLOGIA	HEMIARCADA	14	3,5	Procedimento com finalidade para diagnóstico de cárie.	6			Imagen deve ser enviada no pagamento.
81000367	Não	RX MAO E PUNHO - CARPAL	RADIOLOGIA	BOCA	53	13,25		12	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000421	Sim	RX PERIAPICAL	RADIOLOGIA	DENTE	14	3,5		6			Imagen deve ser enviada no pagamento.
81000430	Não	RX POSTERO ANTERIOR	RADIOLOGIA	BOCA	79	19,75		12	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000472	Não	TELERRADIOGRAFIA	RADIOLOGIA	BOCA	70	17,5	Procedimento não autorizado com documentação ortodôntica.	12	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000480	Não	TELERRADIOGRAFIA COM TRACADO CEFALOMETRICO	RADIOLOGIA	BOCA	110	27,5	Procedimento não autorizado com documentação ortodôntica.	12	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.
81000510	Não	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM	RADIOLOGIA	ARCADA	477	119,25		NÃO SE APLICA			
81000511	Não	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - MANDIBULA	RADIOLOGIA	BOCA	477	119,25		NÃO SE APLICA			

TUSS	Rol	Descrição	Grupo	Aplicação	USO	0,25	Descrição Técnica	Recorrência	Autorização Prévia	Justificativa	Comprovação
81000529	Não	TOMOGRAFIA CONVENCIONAL - LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL	RADIOLOGIA	ARCADA	407	101,75		NÃO SE APLICA			
81000530	Não	TOMOGRAFIA CONVENCIONAL - LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL - MANDIBULA	RADIOLOGIA	BOCA	407	101,75		NÃO SE APLICA			
87022532	Não	TOMOGRAFIA DE ATM (BOCA FECHADA/REPOUSO/ABERTA-LATERAL E FRONTAL)	RADIOLOGIA	BOCA	1103	275,75		NÃO SE APLICA			
81000537	Não	TRACADO CEFALOMETRICO	RADIOLOGIA	BOCA	31	7,75	Procedimento não autorizado com documnetação ortodôntica.	12	x	x	Anexar no sistema as imagens dos procedimentos realizados e requisição do profissional solicitante.