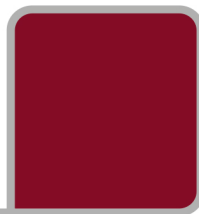


Tabela de Procedimentos Odontológicos



CIRURGIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
82000026	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO / PROCEDIMENTO CIRURGICO EM ODONTOLOGIA		-	CONSULTA	-	306
82000034	ALVEOLOPLASTIA	Incluso no procedimento de Exodontia/ Cirurgia.	Foto Inicial	SEGMENTO	Único	389
82000077	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo dente.	RX Inicial	DENTE	24 meses	959
82000085	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo dente.	RX Inicial	DENTE	Único	824
82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo dente.	RX Inicial	DENTE	Único	1260
82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo dente.	RX Inicial	DENTE	24 meses	1047
82000174	APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo dente.	RX Inicial	DENTE	Único	788
82000182	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo dente.	RX Inicial	DENTE	Único	714
82000190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTIBULO	Procedimento pré-protético.	RX Inicial/Foto Inicial	ARCADA	6 meses	461
82000239	BIOPSIA DE BOCA	Justificativa Clínica.	-	BOCA	6 meses	382
82000247	BIOPSIA DE GLANDULAR SALIVAR	Justificativa Clínica.	-	BOCA	6 meses	382
82000255	BIOPSIA DE LABIO	Justificativa Clínica.	-	BOCA	6 meses	382
82000263	BIOPSIA DE LINGUA	Justificativa Clínica.	-	BOCA	6 meses	382
82000271	BIOPSIA DE MANDIBULA	Justificativa Clínica.	-	BOCA	6 meses	382
82000280	BIOPSIA DE MAXILA	Justificativa Clínica.	-	BOCA	6 meses	382

CIRURGIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
82000298	BRIDECTOMIA	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	HEMI-ARCADA	-	337
82000301	BRIDOTOMIA	Justificativa Clínica.	-	HEMI-ARCADA	-	337
82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	Justificativa Clínica.	-	SEGMENTO	6 meses	510
82000360	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - BILATERAL	Justificativa Clínica.	-	ARCADA	6 meses	920
82000387	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - UNILATERAL	Justificativa Clínica.	-	ARCADA	6 meses	522
82000395	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	Justificativa Clínica.	-	SEGMENTO	6 meses	510
82000441	COLETA DE RASPADO EM LESOES OU SITIOS ESPECIFICOS DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	-	BOCA	6 meses	374
85200182	CURETAGEM APICAL (CIRURGIA DE GRANULOMA E/OU CISTO)	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de apicetomia, Exodontia, ou cirurgias de terceiros molares para o mesmo dente.	RX Inicial/RX Final	DENTE	12 meses	394
82000581	ENXERTO COM OSSO AUTOGENO DA LINHA OBRIQUA		-	BOCA	-	7192
82000743	EXERESE DE LIPOMA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	RX Inicial	BOCA	-	374
82000778	EXERESE OU EXCISAO DE CALCULO SALIVAR	Justificativa Clínica: Informar a região.	Foto Inicial	ARCADA	12 meses	437
82000786	EXERESE OU EXCISAO DE CISTOS ODONTOLOGICOS	Justificativa Clínica.	RX Inicial/Foto Inicial	DENTE	6 meses	765
82000794	EXERESE OU EXCISAO DE MUCOCELE	Justificativa Clínica: Informar a região.	-	ARCADA	12 meses	573
82000808	EXERESE OU EXCISAO DE RANULA	Justificativa Clínica: Informar a região.	-	ARCADA	12 meses	693
82000816	EXODONTIA A RETALHO	Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias.	-	DENTE	Único	263
82001740	EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRA NUMERARIO		-	BOCA	-	1193
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICACAO ORTODONTICA / PROTETICA	Anexar carta do Ortodontista.	-	DENTE	Único	239
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias.	-	DENTE	Único	248
82001731	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/IMPACTADO SUPRA NUMERARIO		-	BOCA	-	105

CIRURGIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias.	-	DENTE	Único	279
5015	EXODONTIA SIMPLES DE SUPRA NUMERARIO		RX Inicial/Foto Inicial	SEGMENTO	Único	156
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	Justificativa Clínica.	-	BOCA	Único	530
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	Justificativa Clínica.	-	BOCA	Único	337
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL	Justificativa Clínica.	-	BOCA	Único	499
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL	Justificativa Clínica.	-	BOCA	Único	337
82001758	MARSUPIALIZACAO DE CISTOS ODONTOLOGICOS		-	BOCA	-	1264
82001766	PLACA DE CONTENCAO CIRURGICA		-	BOCA	-	492
82001103	PUNCAO ASPIRATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	-	BOCA	6 meses	374
82001120	PUNCAO ASPIRATIVA ORIENTADA POR IMAGEM NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL		-	BOCA	6 meses	388
30201080	RECONSTRUCAO DE SULCO GENGIVO-LABIAL		-	BOCA	-	790
82001154	RECONSTRUCAO SULCO GENGIVO LABIAL	Procedimento pré-protético.	RX Inicial/Foto Inicial	ARCADA	6 meses	461
82001170	REDUCAO CRUENTA DE FRATURAS ALVEOLO DENTARIAS	Justificativa Clínica.	-	ARCADA	12 meses	998
82001189	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURAS ALVEOLO DENTARIAS	Justificativa Clínica.	-	ARCADA	12 meses	495
82001219	REEDUCACAO E/OU REABILITACAO DE DISTURBIO BUCO-MAXILO-FACIAL		-	BOCA	-	652
82001286	REMOCAO DE DENTES RETIDOS (INCLUSOS OU IMPACTADOS)		RX Inicial	DENTE	Único	1182
82001294	REMOCAO DE DENTES SEMI INCLUSOS / IMPACTADOS		RX Inicial	DENTE	Único	746
5181	REMOCAO DE DENTES SUPRA-NUMERARIOS (INCLUSOS OU IMPACTADOS)		RX Inicial	SEGMENTO	Único	757
82001367	REMOCAO DE ODONTOMA	Justificativa Clínica.	RX Inicial	SEGMENTO	Único	502
82001391	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	-	DENTE	-	923
82001413	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO OU SUBMUCOSO DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	-	ARCADA	Único	923
82001430	RETIRADA DOS MEIOS DE FIXACAO DA REGIAO BUCO MAXILO FACIAL		-	ARCADA	-	3459
82001448	SEDACAO CONSCIENTE COM OXIDO NITROSO E OXIGENIO EM ODONTOLOGIA		-	BOCA	-	1739

CIRURGIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
87000164	SEDACAO CONSCIENTE COM OXIDO NITROSO E OXIGENIO EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONTOLOG		-	BOCA	-	1739
82001502	TRACIONAMENTO CIRURGICO COM FINALIDADE ORTODONTICA	Justificativa Clínica	-	HEMI-ARCADA	6 meses	3043
82001545	TRATAMENTO CIRURGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	-	HEMI-ARCADA	-	357
82001510	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BUCO-NASAIS	Justificativa Clínica.	RX Inicial/RX Final/Foto Inicial	ARCADA	6 meses	1284
82001529	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BUCO-SINUSAIS	Justificativa Clínica.	RX Inicial/RX Final/Foto Inicial	ARCADA	6 meses	1284
82001553	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERPLASIA DE TECIDOS MOLES DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	RX Inicial	BOCA	-	523
82001588	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERPLASIA DE TECIDOS OSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	RX Inicial	BOCA	-	777
82001618	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES BENIGNO DE TECIDOS MOLES DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	RX Inicial	BOCA	-	397
82001596	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES BENIGNO DE TECIDOS OSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIA	Justificativa Clínica.	RX Inicial	BOCA	-	825
82001634	TRATAMENTO CIRURGICO PARA TUMORES BENIGNOS ODONTOGENICOS - SEM RECONSTRUCAO	Justificativa Clínica.	-	ARCADA	6 meses	913
82001707	ULECTOMIA	Indicação para Dentes em fase de erupção com hipertrofia mucogengival. Não remunerado com 82001715.	-	DENTE	Único	229
82001715	ULOTOMIA	Indicação para Dentes em fase de erupção com hipertrofia gengival. Não remunerado com 82001707.	-	DENTE	Único	170

OBSERVAÇÕES

1. A partir de **01/07/2023** a adequação de face deixa de valer, ou seja, as restaurações em dentes anteriores respeitarão as faces envolvidas no procedimento. **Por exemplo:** uma restauração VMP ou VDP será considerada 3 faces e não mais 1 face.
2. Já estão incluídas nas restaurações os valores correspondentes a forramento, polimento e ajuste oclusal. Os procedimentos de restaurações em resina fotopolimerizável, ionômero e amalgama são em dentes naturais.
3. Os procedimentos 85400211 - Núcleo de preenchimento e 85400262 - Pino pré fabricado não são autorizados com procedimento restaurador direto (restauração de resina, amálgama e ionômero).
4. Para elementos dentários com pouco tecido de suporte deve-se indicar procedimentos indiretos (próteses). Procedimentos restauradores diretos em dentes com indicação protética são passíveis de glosa.
5. A Dental Uni pode solicitar fotos finais de restaurações, em casos de divergências clínicas.
6. O padrão ideal para as fotos de Dentes anteriores: uso de abridor e espelho posicionado na palatal, para visualização tanto da face vestibular e palatal. Para restaurações com envolvimento vestibular, palatal, lingual e face oclusal (O, OVL, OL, OP, P, L, V) é necessário foto inicial.
7. As restaurações solicitadas serão reembolsadas/pagas pela Dental Uni mediante a visualização da face solicitada. Quando anexar as fotos o Cirurgião-Dentista deve verificar se nas fotos, realmente podem ser visualizadas as faces solicitadas, caso isso não ocorra pode haver glosas.

DENTISTICA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
85400017	AJUSTE OCLUSAL POR ACRESCIMO	Justificativa Clínica.	-	BOCA	Único	204
85400025	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	Justificativa Clínica.	-	BOCA	Único	162
85100031	CLAREAMENTO A LASER		-	ARCADA	-	6636
85100021	CLAREAMENTO DENTARIO CASEIRO		-	ARCADA	Único	2490
85100030	CLAREAMENTO DENTARIO DE CONSULTORIO		-	ARCADA	Único	1012
85100032	COMPLEMENTO DE CLAREAMENTO A LASER - POR SESSAO		-	BOCA	-	2218
85100269	DESSENSIBILIZACAO DENTINARIA		-	DENTE	-	281
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	Somente para dentes anteriores. Não está indicado para finalidade estética.	RX Inicial/Foto Inicial	DENTE	Único	462
85400262	PINO PRE-FABRICADO	Não é autorizado com procedimento restaurador direto.	RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	328
85100072	PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO	Justificativa Clínica.	-	ARCADA	12 meses	172
85100099	RESTAURACAO AMALGAMA 1 FACE		Foto Inicial	FACE	Único	149
85100102	RESTAURACAO AMALGAMA 2 FACES		RX Inicial/Foto Inicial	FACE	Único	205
85100110	RESTAURACAO AMALGAMA 3 FACES		RX Inicial/Foto Inicial	FACE	Único	298
85100129	RESTAURACAO AMALGAMA 4 FACES		RX Inicial/Foto Inicial	FACE	Único	308
85100170	RESTAURACAO EM RESINA (INDIRETA) - INLAY	Autorizado para dentes posteriores (prémolares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial/Foto Inicial	DENTE	Único	2867
85100188	RESTAURACAO RESINA (INDIRETA) - ONLAY	Autorizado para dentes posteriores (prémolares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial/Foto Inicial	DENTE	Único	2867
85100196	RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE		-	FACE	Único	183
85100200	RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES		RX Inicial	FACE	Único	254
85100218	RESTAURACAO RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 3 FACES		RX Inicial	FACE	Único	334
85200085	RESTAURACAO TEMPORARIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	Restauração definitiva deve ser solicitada após período de 45 dias.	RX Inicial	DENTE	45 dias	86
85100234	TRATAMENTO DE FLUOROSE - MICROABRASAO	Justificativa Clínica.	-	ARCADA	-	175

DIAGNOSTICO						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
81000030	CONSULTA ODONTOLOGICA		-	BOCA	6 meses	88
81000049	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIA		-	BOCA	6 meses	86
81000057	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIA 24 HS	Exclusivo para Clínicas credenciadas para Urgência 24h.	-	BOCA	6 meses	193
81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	Deve ser utilizado apenas na primeira avaliação do beneficiário.	-	BOCA	Único	88
81000111	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	-	BOCA	-	542
81000545	DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE TRISMO		-	BOCA	-	421
140	FALTA NAO JUSTIFICADA	Em caso de falta sem aviso do paciente, a Dental Uni solicita que seja utilizado o código 00000140 - Falta não justificada. Isto contribuirá para a criação de um banco de dados que nos auxiliará a refrear esta cultura. Esta ação não implicará no pagamento, a não ser que o cliente aceite realizar o pagamento deste procedimento (Conforme Código de Defesa do Consumidor).	-	BOCA	Único	276

DTM						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
86000595	ARTROSCOPIA DE ATM	Sessão.	-	ARCADA	-	4095
86000597	DISPOSITIVO DESCOMPRESSOR		-	ARCADA	-	2797
86000596	DISPOSITIVO REPOSICIONADOR		-	ARCADA	-	2797
86000600	ELETROMIOGRAFIA	Sessão.	-	ARCADA	-	2730
86000598	INFILTRACAO ANESTESICA	Sessão.	-	ARCADA	-	2797
86000599	INFILTRACAO MEDICAMENTOSA	Sessão.	-	ARCADA	-	2797
86000601	MANUTENCAO DE DISPOSITIVO INTER OCLUSAL		-	ARCADA	-	560
85400246	ORTESE MIORELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	Justificativa clínica para solicitação	-	BOCA	6 meses	1695
85400254	ORTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)	Justificativa clínica para solicitação	Foto Inicial	BOCA	6 meses	1695
86000602	TRATAMENTO DE DTM - ACUPUNTURA - SESSAO		-	ARCADA	-	560

OBSERVAÇÕES

1. Consulta de urgência 24hs é exclusiva para unidades de atendimento de Urgência 24hs.
2. Não será considerada consulta de urgência se o beneficiário já for paciente do profissional.

EMERGENCIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTARIOS		-	DENTE	30 dias	86
82000468	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICACAO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.	-	DENTE	30 dias	86
82000484	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICACAO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.	-	DENTE	30 dias	86
85100056	CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA	Mesmo dentista que executar a urgência não poderá solicitar a Endodontia e Tratamento em odontalgia aguda (85200034).	RX Inicial	DENTE	30 dias	86
85200174	CURATIVO ENDODONTICO EM SITUACAO DE URGENCIA		-	DENTE	-	561
85000787	IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES DECIDUOS		-	DENTE	30 dias	86
85300020	IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES PERMANENTES		-	DENTE	30 dias	86
82001022	INCISAO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMAO DA REG BUCO-MAXILO-FACIAL		-	DENTE	30 dias	86
82001030	INCISAO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMAO DA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL		-	DENTE	30 dias	86
85400467	RECIMENTACAO DE TRABALHO PROTETICO	Mesmo dentista que solicitar a Prótese não poderá solicitar o ato de recimentação.	Foto Inicial	DENTE	30 dias	86
82001197	REDUCAO SIMPLES DE LUXACAO DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (ATM)	Justificativa Clínica.	-	DENTE	30 dias	86
82001251	REIMPLANTE DE DENTE COM CONTENCAO		-	BOCA	30 dias	86
82001308	REMOCAO DE DRENO EXTRA-ORAL		-	BOCA	Único	234
82001316	REMOCAO DE DRENO INTRA-ORAL		-	BOCA	Único	234
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Trauma nos tecidos moles.	Foto Inicial	DENTE	30 dias	86
82001642	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXACAO DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR - ATM	Justificativa Clínica.	-	DENTE	30 dias	86
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	Mesmo dentista que executar a urgência não poderá solicitar tratamento periodontal (Raspagem subgingival, cirurgia periodontal a retalho).	Foto Inicial	DENTE	30 dias	86

EMERGENCIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.	-	DENTE	30 dias	86
85300080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	Procedimento não será autorizado para mesmo profissional que solicitar a Exodontia/Cirurgia.	-	DENTE	Único	86
85200034	TRATAMENTO EM ODONTALGIA AGUDA	Mesmo dentista que executar a urgência não poderá solicitar a Endodontia e Curativo de demora em endodontia (85100056).	Foto Inicial	DENTE	30 dias	86

OBSERVAÇÕES

1. Antes de realizar o procedimento de Endodontia deverá ser analisada a condição periodontal e restauradora e a sua manutenção, isto porque dentes com prognóstico duvidoso poderão ser glosados. Exceções serão analisadas pelo Departamento Clínico da Dental Uni. O profissional já deve indicar no sistema, no campo Observações Clínicas, o Periodontista e Protesista (em caso de reabilitação protética) que irão acompanhar o caso. Caso opte pela Endodontia, este elemento deverá manter-se na cavidade bucal por um período mínimo de vinte e quatro meses. As Endodontias são analisadas na Produção (Raio X inicial e final), as radiografias de Odontometria não serão aceitas como Raio x inicial. O Raio X final da Endodontia deve estar com os cones cortados.

2. Nos valores das Endodontias já estão incluídas despesas de material, isolamentos e trocas de medicação (se necessário). As Trocas de hidróxido de cálcio são ato contínuo ao tratamento ou retratamento endodôntico e não podem ser cobradas da Cooperativa ou do beneficiário.

3. As endodontias deverão seguir os padrões da literatura de odontometria, obturação e selamento hermético de canais radiculares, do contrário, os procedimentos poderão ser glosados: Sobre obturação de cone de guta percha, evidência de perfuração endodôntica, presença de instrumento fraturado, Suporte ósseo inferior a 2/3 da raiz (Prognóstico Duvidoso), Falhas de obturação (Falhas na condensação lateral e pouca ampliação dos canais).

4. No Retratamento Endodôntico é necessário a melhoria da obturação - ampliação do conduto; deve ser removido o instrumento fraturado ou ultrapassá-lo. Caso não seja observada a melhora no Retratamento, pode ser solicitado Raio X intermediário para constatar a remoção do material obturador.

ENDODONTIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
85200018	CLAREAMENTO DO DENTE DESVITALIZADO	Quantidade de sessões necessárias para clareamento estão incluídas no procedimento.	RX Inicial	DENTE	Único	837
85200110	INSTRUMENTACAO MECANIZADA	Será autorizada junto com solicitação de Endodontia ou retratamento.	RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	275
85200069	REMOCAO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODONTICO	Incluso no Retratamento.	RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	304
85200077	REMOCAO NUCLEO INTRARRADICULAR	Autorizada na presença de Retratamento endodôntico ou protético. Não pode ser solicitado com Remoção de trabalho protético.	RX Inicial	DENTE	Único	304
85200050	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	Incluso no Retratamento.	RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	563
85200093	RETRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR	RX final obrigatoriamente com canais dissociados.	RX Inicial	DENTE	Único	1413
85200107	RETRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	RX final obrigatoriamente com canais dissociados.	RX Inicial	DENTE	Único	2129
85200115	RETRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR		RX Inicial	DENTE	Único	952

ENDODONTIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
85200123	TRATAMENTO DE PERFURACAO ENDODONTICA	Comprovar radiograficamente a perfuração. Colocar o material utilizado nas Observações Clínicas do sistema da Dental Uni.	RX Inicial	DENTE	Único	478
85200140	TRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR	RX final deve comprovar os canais dissociados.	RX Inicial	DENTE	Único	1117
85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR	RX final deve comprovar os canais dissociados.	RX Inicial	DENTE	Único	1625
85200166	TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR		RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	790

EXAMES DE LABORATORIO						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
81000138	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM MATERIAL DE BIOPSIA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	-	BOCA	-	542
81000154	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM PECA CIRURGICA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	-	BOCA	-	542
81000170	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM PUNCAO NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	Justificativa Clínica.	-	BOCA	-	542
84000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR	Justificativa Clínica. Crianças até 07 anos.	-	BOCA	6 meses	229
84000252	TESTE DE PH SALIVAR	Justificativa Clínica. Crianças até 07 anos.	-	BOCA	6 meses	229
85200131	TRATAMENTO DENTES COM RIZOGENESE INCOMPLETA	Indicação endodôntica e ápice aberto. Necessita envio da imagem radiográfica inicial e final.	RX Inicial/RX Final/Foto Inicial	DENTE	Único	170

OBSERVAÇÕES

Dental Uni não solicita a comprovação de exodontia de decíduos por imagens, mas se ficar comprovado que o dente está ausente será feita - Glosa 1433 – Procedimento não Autorizado - sem direito a recurso de glosa.

ODONTOPEDIATRIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
84000031	APLICACAO DE CARIOSTATICO	Idade menores de 07 anos. Justificativa nas Observações Clínicas.	-	BOCA	Único	151
84000058	APLICACAO DE SELANTE - TECNICA INVASIVA	Para menores de 07 anos, para dentes decíduos. Para Dentes Permanentes até 12 anos.	-	DENTE	Único	120
84000074	APLICACAO DE SELANTES DE FOSSULAS E FISSURAS	Para menores de 07 anos, para Dentes decíduos. Para Dentes Permanentes até 12 anos.	-	DENTE	Único	128

ODONTOPEDIATRIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
84000112	APLICACAO TOPICA VERNIZ FLUORETADO	Não remunerado com os atos 84000201 - Remineralização, 840000090 - Aplicação Tópica de Flúor e 85300012- Dessensibilização Dentária. Até 12 anos. Justificativa nas Observações Clínicas.	Foto Inicial	HEMI-ARCADA	6 meses	179
87000032	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	Apenas para especialistas em Odontopediatria, Odontogeriatría e Pacientes especiais.	-	BOCA	Único	173
81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA	Apenas para especialistas em Odontopediatria. O procedimento será pago por sessão. Autorizado para crianças até 07 anos.	-	BOCA	Único	173
83000020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECIDUO	Dentes anteriores decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para menores de 07 anos.	Foto Inicial	DENTE	Único	409
87000040	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	Dentes anteriores não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para maiores de 13 anos. Não remunerado com solicitações de Restaurações e Próteses.	-	DENTE	Único	402
83000046	COROA DE ACO EM DENTE DECIDUO	Molares decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para menores de 07 anos.	-	DENTE	Único	477
87000059	COROA DE ACO EM DENTE PERMANENTE	Dentes posteriores não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para maiores de 13 anos. Não remunerado com solicitações de restaurações e Próteses.	-	DENTE	Único	391
83000062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECIDUO	Dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para menores de 07 anos.	-	DENTE	Único	477
87000067	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE	Dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para maiores de 13 anos. Não remunerado com solicitações de restaurações e Próteses.	-	DENTE	Único	372
82000700	ESTABILIZACAO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENCAO FISICA E/OU MECANICA	Apenas para Odontopediatras.	-	BOCA	Único	492
87000148	ESTABILIZACAO POR MEIO DE CONTENC FISICA E/OU MECAN EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONT	Apenas para Odontopediatras.	-	BOCA	Único	492
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECIDUOS		-	DENTE	Único	198

ODONTOPEDIATRIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
83000097	MANTENEDOR DE ESPACO FIXO		-	HEMI-ARCADA	-	1867
83000100	MANTENEDOR DE ESPACO REMOVIVEL		-	ARCADA	-	1867
85200042	PULPOTOMIA		RX Inicial	DENTE	Único	254
83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECIDUO	Em dentes decíduos que estiverem esfoliando deverá ser solicitado o procedimento 83000089 - Exodontia simples de decíduo.	RX Inicial	DENTE	Único	295
84000201	REMINERALIZACAO	Será autorizado até 12 anos quando comprovado processo de desmineralização em estágio inicial (lesão branca). Não pode ser remunerado com a 85300012 - Aplicação tópica de verniz fluoretado.	Foto Inicial	SEGMENTO	12 meses	111
83000135	RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE DECIDUO	Somente para pacientes com dentes decíduos.	Foto Inicial	DENTE	24 meses	361
85100080	RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE PERMANENTE	Somente para pacientes até 15 anos. Acima desta idade justificar.	-	DENTE	Único	319
85100137	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 1 FACE	Autorizado como procedimento restaurador definitivo.	Foto Inicial	FACE	24 meses	152
85100145	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 2 FACES	Autorizado como procedimento restaurador definitivo.	Foto Inicial	FACE	24 meses	224
85100153	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 3 FACES	Autorizado como procedimento restaurador definitivo.	Foto Inicial	FACE	24 meses	304
85100161	RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 4 FACES	Autorizado como procedimento restaurador definitivo.	Foto Inicial	FACE	24 meses	304
83000151	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DECIDUOS	Em dentes decíduos que estiverem esfoliando deverá ser solicitado o procedimento 83000089 - Exodontia simples de decíduo.	RX Inicial	DENTE	Único	518

OBSERVAÇÕES

1. O aparelho metálico fixo convencional está incluso nas manutenções, não podendo ser cobrado do beneficiário nem da Operadora. Aparelhos fixos estéticos, autoligados ou similares podem ser oferecidos ao beneficiários e podem ser cobrados. O pagamento destes aparelhos deve ser realizado direto ao profissional.
2. Antes de iniciar a Ortodontia deve ser encaminhado o Planejamento Ortodôntico. Abrir protocolo no GRC Atendimentos– Departamento Ortodontia com o formulário do planejamento ortodôntico (disponível no site) preenchido, com as informações solicitadas e devidamente assinados pelo profissional e beneficiário (se o beneficiário for menor deve ser assinado pelo responsável legal). No protocolo também devem ser anexadas as imagens radiográficas (documentação ortodôntica).
3. As manutenções ortodônticas são autorizadas mensalmente (1 a cada 30 dias).
4. Nos contratos com cobertura para manutenção ortodôntica, os procedimentos de contenção móvel ou fixa estão inclusos nos tratamentos ortodônticos, não podendo ser solicitado separado ao final da Ortodontia.
5. As contenções contenção móvel ou fixa só poderão ser cobradas da Operadora, no caso de contratos cobertos, desde que as manutenções ortodônticas tenham sido realizadas de forma particular ou pelo ato complementar.

ORTODONTIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
86000039	APARELHO DE PROTRACAO MANDIBULAR - APM		-	BOCA	-	674
86000063	APARELHO ORTODONTICO FIXO ESTETICO		RX Inicial	ARCADA	-	3862
86000080	APARELHO ORTODONTICO FIXO ESTETICO PARCIAL		-	BOCA	-	1931
86000098	APARELHO ORTODONTICO FIXO METALICO	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	-	530
6291	APARELHO ORTODÔNTICO AUTOLIGADO		-	CONSULTA	40 dias	3334
6290	APARELHO ORTODÔNTICO AUTOLIGADO PARCIAL		-	ARCADA	40 dias	1667
86000144	ARCO LINGUAL	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	Único	1075
86000152	BARRA TRANSPALATINA FIXA	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	Único	1075
86000160	BARRA TRANSPALATINA REMOVIVEL	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	-	934
86000187	BLOCO GERMINADO DE CLARK	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	-	326
86000195	BOTAO DE NANCE	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	Único	1075
6245	CONCERTO DE APARELHO MOVEL		-	BOCA	-	1845
86000209	CONTENCAO FIXA	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	Único	929
86000608	CONTENCAO MOVEL (SUPERIOR OU INFERIOR), OU APARELHOS MOVEIS SIMPLES	Em casos cobertos, já incluso nas manutenções.	-	BOCA	-	2458
6239	DISPOSITIVOS AUXILIARES	Utilização de aparelhos auxiliares em tratamentos ortodonticos.	-	BOCA	Único	3813
86000250	DISTALIZADOR DE HILGERS	Ortodontia interceptativa.	-	HEMI-ARCADA	-	187
6258	ESPLINTAGEM COM BRAKETS ORTODONTICOS		-	ARCADA	-	2443
86000306	GIANELLY	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	-	452
86000314	GRADE PALATINA FIXA	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	Único	1075
86000322	GRADE PALATINA REMOVÍVEL	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	Único	934
86000330	HERBST ENCAPSULADO	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	-	1934
86000357	MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO - APARELHO FIXO		-	BOCA	23 dias	658
86000373	MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO - APARELHO REMOVIVEL		-	BOCA	-	420
6226	MANUTENCAO DE TRATAMENTO ORTODONTICO PARCIAL		-	BOCA	25 dias	523
6229	MANUTENCAO ORTODONTICA		-	BOCA	-	930
7310	MANUTENCAO ORTODONTICA - ORTOUNIPLAN	Pacote de 36 parcelas, todo tratamento incluso, inclusive contenção posterior.	-	BOCA	25 dias	674
6292	MANUTENÇÃO ORTODONTICA AUTOLIGADO		-	CONSULTA	40 dias	500

ORTODONTIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
86000420	MONTAGEM EM GNATOSTATO (MODELO DE ESTUDO - PAR MONTADO EM GNATOSTATO)		-	BOCA	-	800
6150	ORTOUNIPLAN E	Tratamento coberto, 36 parcelas.	-	BOCA	25 dias	674
86000438	PISTAS DIRETAS DE PLANAS - SUPERIOR E INFERIOR		-	ARCADA	-	1642
86000446	PISTAS INDIRETAS DE PLANAS		RX Inicial	BOCA	-	1116
86000462	PLACA DE HAWLEY	Ortodontia interceptativa.	RX Inicial	BOCA	-	1616
86000470	PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	Único	1592
86000535	PLACA LABIO-ATIVA	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	Único	1075
86000543	PLANO ANTERIOR FIXO		RX Inicial	BOCA	-	1053
86000560	QUADRIHELICE	Ortodontia interceptativa.	-	ARCADA	Único	934
6257	REPOSICAO BRAQUETES OU BANDAS (APOS 8 REPOSICOES)		-	ARCADA	-	113
86000586	SIMOEES NETWORK		RX Inicial	BOCA	Único	1050
6231	TRATAMENTO ORTODONTICO CORRETIVO I		-	BOCA	-	6716
6236	TRATAMENTO ORTODONTICO CORRETIVO II		-	BOCA	-	9113
8324	TRATAMENTO ORTODONTICO ORTOUNIPLAN B - 24 MESES		-	BOCA	-	1204
8336	TRATAMENTO ORTODONTICO ORTOUNIPLAN B - 36 MESES		-	BOCA	-	803
6225	TRATAMENTO ORTODONTICO PARCIAL	Instalação de aparelho parciais.	-	BOCA	-	4012

ORTOUNIPLAN						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
6288	CONTENCAO ANTERIOR - INFERIOR 3X3	Em caso de cobertura, está incluso na última manutenção.	-	ARCADA	-	966
8312	TRATAMENTO ORTODONTICO ORTOUNIPLAN B - 12 MESES		-	BOCA	-	2408
8318	TRATAMENTO ORTODONTICO ORTOUNIPLAN B - 18 MESES		-	BOCA	-	1606

OBSERVAÇÕES

1. Inclusos à Cirurgia Periodontal a retalho: **84000198** – Profilaxia; **85300047** – Raspagem supragengival, **85300039** – Raspagem subgengival, **82000921** – Gengivectomia, **82000948** – Gengivoplastia, **82000212** - Aumento de coroa clínica e sepultamento radicular (**82001464**).

2. Os códigos **82000662** - Enxerto gengival livre, **82000689** - Enxerto pediculado e **82000662** - Enxerto gengival livre não podem ser solicitados com Cirurgia periodontal a retalho (**82000417**), Gengivectomia (**820000921**), Gengivoplastia (**82000948**) e aumento de coroa clínica (**82000212**).

PERIODONTIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
82000050	AMPUTACAO RADICULAR COM OBTURACAO RETROGADA	Indicado quando as tentativas de tratamento via conduto não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitações de apicetomia para o mesmo dente.	RX Inicial/RX Final	DENTE	-	812
82000069	AMPUTACAO RADICULAR SEM OBTURACAO RETROGADA	Indicado quando as tentativas de tratamento via conduto não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitações de apicetomia para o mesmo dente.	RX Inicial/RX Final	DENTE	-	780
82000212	AUMENTO DE COROA CLINICA	Invasão do espaço biológico pela cárie ou fratura. Procedimento não poderá ser solicitado junto com Cirurgia periodontal a retalho (82000417), gengivectomia (820000921) e Gengivoplastia (82000948).	RX Inicial	DENTE	Único	495
4189	CICATRIZADOR		-	DENTE	-	570
82000690	CIRURGIA DE ENXERTO COM OSSO HOMOLOGO (BANCO DE OSSOS) - ATO CIRURGICO		-	BOCA	-	7537
82000344	CIRURGIA ODONTOLOGICA COM APLICACAO DE ALOENXERTOS		-	SEGMENTO	-	3460
82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	Indicação para bolsas periodontais acima de 5 mm. Indicado para maiores de 15 anos. Ver observações.	RX Inicial	SEGMENTO	24 meses	572
82000557	CUNHA PROXIMAL	Autorizado somente para terceiros molares. Incluso no ato de Exodontia/cirurgia.	RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	423
85300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	Autorizado para maiores de 15 anos, justificativa nas Observações clínicas para a Produção.	-	DENTE	Único	22
82000603	ENXERTO COM OSSO AUTOGENO DO MENTO		-	SEGMENTO	-	7192
82000620	ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO		-	SEGMENTO	-	1814
82000646	ENXERTO CONJUNTIVO SUBTEPTELIAL	Justificativa e informações técnicas no campo de Observações Clínicas (técnica e área doadora) .	Foto Inicial	SEGMENTO	Único	1948
82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	Justificativa e informações técnicas no campo de Observações Clínicas (técnica e área doadora).	Foto Inicial	SEGMENTO	Único	1951
82000689	ENXERTO PEDICULADO	Justificativa e informações técnicas no campo de Observações Clínicas (técnica e área doadora).	Foto Inicial	SEGMENTO	Único	1948
82000921	GENGIVECTOMIA	Incluso em tratamento endodôntico, restaurador ou protético.	Foto Inicial	SEGMENTO	Único	348

PERIODONTIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
82000948	GENGIVOPLASTIA	Incluso em tratamento endodôntico, restaurador ou protético.	RX Inicial/Foto Inicial	SEGMENTO	Único	348
82000964	IMPLANTE ORTODONTICO	Cilindro poderá ser cobrado a parte.	-	DENTE	-	1505
82000980	IMPLANTE OSSEO INTEGRADO	Cilindro poderá ser cobrado a parte.	-	DENTE	Único	5512
82001049	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO AUTOGENO		-	SEGMENTO	-	7537
82001057	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO HOMOLOGO		-	SEGMENTO	-	7537
82001065	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO LIOFILIZADO		-	SEGMENTO	-	7537
85300098	MANUTENCAO PERIODONTAL		-	BOCA	-	702
85500097	OVERDENTURE BARRA CLIPE O'RING SOBRE DOIS IMPLANTES	Já está prevista a cobertura da prótese total, contemplando os intermediários.	-	ARCADA	-	23308
85400270	PLACA OCLUSAL RESILIENTE	Justificativa para a solicitação.	RX Inicial/RX Final/Foto Inicial	BOCA	Único	1802
85300039	RASPAGEM SUB-GENGIVAL / ALISAMENTO RADICULAR	85300039 -Raspagem subgingival necessita de preenchimento do periograma (formulário disponível no site – menu Plano de Tratamento) que deve ser anexado. Está incluso a Profilaxia (84000198) Cirurgia periodontal a retalho (82000417. Indicado para maiores de 15 anos.	RX Inicial	HEMI-ARCADA	18 meses	99
85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		-	BOCA	18 meses	215
82001138	REABERTURA - COLOCACAO DE CICATRIZADOR	Colocação de cicatrizador é para o ato cirúrgico. Quando o procedimento for coberto estará incluso no procedimento 82000980 – Implante ósseo integrado.	-	DENTE	Único	699
3300	REABILITACAO UNITARIA COM IMPLANTE	Estão incluídas desde a fase cirúrgica até a protética, exceto o valor do cilindro, que poderá ser cobrado diretamente do beneficiário.	RX Inicial/RX Final	DENTE	-	16488
82001243	REGENERACAO TECIDUAL GUIADA (RTG)		-	SEGMENTO	-	2870
82001324	REMOCAO DE IMPLANTE DENTARIO NAO OSSEO INTEGRADO		-	ARCADA	-	787
82001332	REMOCAO DE IMPLANTE DENTARIO OSSEO INTEGRADO NO SEIO MAXILAR		-	ARCADA	-	1966
82001464	SEPULTAMENTO RADICULAR	Justificativa.	RX Inicial	HEMI-ARCADA	18 meses	530

PERIODONTIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
3145	SUPERVISAO CIRURGICA DE IMPLANTE		-	DENTE	Único	419
85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA	Inclusos a Profilaxia ou Raspagem subgingival.	-	BOCA	-	1303
82001669	TRATAMENTO ODONTOLOGICO REGENERATIVO COM ENXERTO DE OSSO AUTOGENO		-	BOCA	-	5834
82001685	TUNELIZACAO	Indicação de perda óssea (mais de 50%) e furca graus II e III.	RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	275

OBSERVAÇÕES

1. A profilaxia não é considerada um ato para tratamento periodontal e sim preventivo. Sua indicação não deve substituir o manejo do próprio paciente.
2. Sugerimos a indicação da profilaxia ao final do tratamento, e não no início do tratamento.

PREVENCAO						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
84000090	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INCLUSO PROFILAXIA COM PASTA PROFILATICA, TACAS E ESCOVAS)	Incluso a profilaxia com pasta profilática, taças e escovas ou Jato de bicarbonato - p/ menores de 14 anos.	-	BOCA	6 meses	236
87000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	Incluso na Profilaxia (84000198), consulta odontológica (81000030), consulta odontológica inicial (81000065).	-	BOCA	Único	132
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAUDE BUCAL	Incluso na Profilaxia (84000198), Consulta odontológica (81000030), consulta odontológica inicial (81000065).	-	BOCA	Único	139
87000024	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES	Incluso na Profilaxia (84000198), consulta odontológica (81000030), consulta odontológica inicial (81000065).	-	BOCA	Único	124
84000163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACAS BACTERIANA)	-	-	BOCA	30 dias	65
84000171	CONTROLE DE CARIE INCIPIENTE	Incluso na Profilaxia. (84000198), consulta odontológica (81000030), consulta odontológica inicial (81000065).	-	BOCA	6 meses	737
40570	PREVENÇÃO (PROFILAXIA, APLICAÇÃO DE FLUOR, TRAT. GENGIVITE, CONT. PLACA E ORIENTAÇÃO)		-	BOCA	5 meses	686
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONARIO (COM JATO DE BICARBONATO E ULTRASSON)	Indicado para maiores de 14 anos. Profilaxia: polimento coroaário, com o uso de ultrassom, remoção de tartaro supragengival, jato de bicarbonato ou pasta profilática.	-	BOCA	Único	324

PREVENÇÃO						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
85300055	REMOÇÃO DE FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	Incluso na Profilaxia. (84000198), consulta odontológica (81000030), consulta odontológica inicial (81000065).	-	HEMI-ARCADA	Único	87

OBSERVAÇÕES

- Os procedimentos **85400076** – Coroa provisória com pino e **85400084** – Coroa provisória sem pino são destinados à proteção do remanescente dentário e estruturas de suporte durante as etapas de preparo da prótese final. A coroa provisória é considerada uma etapa da confecção de uma prótese fixa.
- Não serão autorizados os atos **85400076** – Coroa provisória com pino ou **85400084** – Coroa provisória sem pino como provisório de prótese sobre implante ou pânticos.
- O procedimento **85400220** - Núcleo metálico fundido é autorizado somente para Dentes com tratamento endodôntico prévio satisfatório e com bom prognóstico. O procedimento final **85400220** -Núcleo metálico fundido deve apresentar os requisitos funcionais de implantação (2/3 do comprimento da raiz), em conformidade com as áreas de periodontia e endodontia conforme técnicas preconizadas na literatura.
- Nos valores dos procedimentos já estão inclusas as despesas protéticas (despesas de laboratório).
- É importante e de responsabilidade técnica do profissional executante a análise da necessidade e condição dentária e gengival do beneficiário para receber procedimentos protéticos.

Alguns outros pontos que devem ser analisados:

- Inclinação dos Dentes pilares;
- Lesão apical nos Dentes pilares ou Dente que irá receber a prótese;
- Suporte ósseo dos Dentes pilares inferior a 50%;
- Perfuração endodôntica;
- Espaços protéticos amplos ou inadequados;
- Tratamento endodôntico inadequado/ insatisfatório;
- Indicação protética inadequada.

6. A análise técnica levará em consideração, para pagamento das coroas totais e restaurações indiretas o preparo do dente, presença de ponto de contato.

7. O ato **00004141** - Coroa elemento metalocerâmico é um procedimento complementar e para sua realização já estão inclusos os atos **00004320** - Casquete moldagem, **85400335** - Prótese parcial fixa em metalocerâmica **85400475** - Reembasamento e repreparo coroa provisória e **85400092** - Coroa total acrílica prensada (temporária).

PROTESE DENTAL						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
4193	ANALOGO OU REPLICA DO IMPLANTE (NACIONAL)	Quando o procedimento for coberto estará incluso no procedimento 82000980 – Implante ósseo integrado.	-	DENTE	Único	552
85400033	CONCERTO EM PROTESE PARCIAL REMOVIVEL (EM CONSULTORIO E EM LABORATORIO)	Necessário informar região da Prótese e qual concerto será realizado.	-	ARCADA	Único	586
85400041	CONCERTO EM PROTESE PARCIAL REMOVIVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTORIO)	Necessário informar região da Prótese e qual concerto será realizado.	-	ARCADA	Único	553
85400050	CONCERTO EM PROTESE TOTAL (EM CONSULTORIO E EM LABORATORIO)	Necessário informar região da Prótese e qual concerto será realizado.	-	ARCADA	Único	586
85400068	CONCERTO EM PROTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTORIO)	Necessário informar região da Prótese e qual concerto será realizado.	-	ARCADA	Único	553
85400076	COROA PROVISORIA COM PINO	Ver Observações.	RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	389
85400572	COROA 3/4 OU 4/5		-	DENTE	-	770

PROTESE DENTAL						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
4141	COROA ELEMENTO METALO CERAMICO	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	7943
85400084	COROA PROVISORIA SEM PINO	Ver Observações.	RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	389
85500020	COROA PROVISORIA SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA		-	DENTE	-	2454
5006	COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE		-	DENTE	-	2046
85400092	COROA TOTAL ACRILICA PRENSADA	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial	DENTE	Único	2035
85400114	COROA TOTAL CEROMERO (DENTES ANTERIORES)	Autorizado para Dentes anteriores de canino a canino permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial/RX Final/Foto Inicial	DENTE	Único	1848
85400106	COROA TOTAL EM CERAMICA PURA	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial	DENTE	Único	6647
85400122	COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERAMICA		-	DENTE	-	10281
85400149	COROA TOTAL METALICA (DENTES POSTERIORES)	Autorizado para Dentes posteriores (prémolares e molares) permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	1299
85500038	COROA TOTAL METALO CERAMICA SOBRE IMPLANTE		RX Inicial	DENTE	Único	8525
85400165	COROA TOTAL METALO PLASTICA - CEROMERO	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial	DENTE	Único	2393
85400173	COROA TOTAL METALO PLASTICA - RESINA ACRILICA	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial	DENTE	Único	2393
85500046	COROA TOTAL METALO PLASTICA SOBRE IMPLANTE CEROMERO		-	DENTE	-	2949
85400157	COROA TOTAL METALO-CERAMICA	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial	DENTE	Único	4525
85400181	FACETA EM CERAMICA PURA	Indicado para dentes anteriores.	-	DENTE	Único	5923
85400190	FACETA EM CEROMERO	Indicado para dentes anteriores.	-	DENTE	Único	2138
85500062	GUIA CIRURGICO PARA IMPLANTE		-	ARCADA	12 meses	3155
85400203	GUIA CIRURGICO PARA PROTESE TOTAL IMEDIATA		-	ARCADA	Único	8656
4190	INTERMEDIARIO PROTETICO CONICO (PARA IMPLANTES)		-	DENTE	60 meses	2516
4191	INTERMEDIARIO PROTETICO CONICO ANGULADO		-	DENTE	-	2793
85400580	JIG OU FRONT PLATEAU		-	ARCADA	Único	292

PROTESE DENTAL						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
85500089	MANUTENCAO DE PROTESE SOBRE IMPLANTES		-	ARCADA	-	1481
4192	MUNHAO STANDER SOBRE IMPLANTE (NACIONAL)	Quando o procedimento for coberto estará incluso no procedimento 82000980 – Implante ósseo integrado.	-	DENTE	Único	2237
85400211	NUCLEO DE PREENCHIMENTO	Autorizado somente para Inlay/Onlay.	RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	333
85400220	NUCLEO METALICO FUNDIDO	Ver Observações.	RX Inicial/RX Final	DENTE	Único	851
85400238	ONLAY DE RESINA INDIRETA	Autorizado para Dentes posteriores (prémolares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	-	DENTE	Único	2540
85500100	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU ORING SOBRE QUATRO OU MAIS IMPLANTES		-	ARCADA	-	19418
85500119	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU ORING SOBRE TRES IMPLANTES		-	ARCADA	-	15237
4195	PARAFUSO DE COBERTURA		-	DENTE	-	219
4196	PARAFUSO DE TRABALHO ASSENTAMENTO PASSIVO		-	DENTE	-	354
4197	PARAFUSO PARA ENXERTO		-	DENTE	-	719
4198	PARAFUSO SEXTAVADO		-	DENTE	-	347
5001	PARAFUSO SEXTAVADO (II PLUS / NEOTORQUE OU SIMILAR)		-	DENTE	-	578
4199	PARAFUSO SEXTAVADO (II PLUS / OU SIMILAR)		-	DENTE	-	358
5002	PARALELIZADOR		-	DENTE	-	637
85400289	PROTESE FIXA ADESIVA DIRETA (PROVISORIA)	Solicitação limitada a 4 elementos.	-	DENTE	Único	2427
85400297	PROTESE FIXA ADESIVA EM CEROMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)		-	DENTE	60 meses	3425
85400300	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO-CERAMICA	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial	DENTE	Único	8152
85400319	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO-PLASTICA	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial	DENTE	Único	4033
85400343	PROTESE FIXA EM METALO PLASTICA	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	RX Inicial	DENTE	Único	2393
85400327	PROTESE PARCIAL FIXA EM CEROMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)		-	BOCA	-	2528

PROTESE DENTAL						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
85400335	PROTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERAMICA	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	RX Inicial	DENTE	Único	4604
85500127	PROTESE PARCIAL FIXA IMPLANTO SUPORTADA		-	DENTE	-	2949
85400351	PROTESE PARCIAL FIXA IN CERAN LIVRE DE METAL (METAL FREE)	Solicitação limitada a 4 elementos.	-	DENTE	-	10860
85400360	PROTESE PARCIAL FIXA PROVISORIA	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial/RX Final	SEGMENTO	Único	4656
85400386	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL BILATERAL COM GRAMPOS	Será analisada a condição periodontal dos dentes pilares, sua inclinação.	RX Inicial	ARCADA	Único	5920
85400378	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL COM ENCAIXES DE PRECISAO OU DE SEMI PRECISAO	Será analisada a condição periodontal dos dentes pilares, sua inclinação.	-	ARCADA	Único	6857
85400394	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL PROV ACRILICO COM OU SEM GRAMPO	Será analisada a condição periodontal dos dentes pilares, sua inclinação.	-	ARCADA	Único	2359
85400408	PROTESE TOTAL	Foto inical da arcada solicitada para análise e foto final com a Prótese instalada.	-	ARCADA	Único	4882
85400416	PROTESE TOTAL IMEDIATA	Foto inical da arcada solicitada para análise e foto final com a Prótese instalada.	-	ARCADA	Único	3943
85400564	PROTESE TOTAL IMEDIATA SOBRE IMPLANTES		-	ARCADA	-	1794
85400424	PROTESE TOTAL INCOLOR	Foto inical da arcada solicitada para análise e foto final com a Prótese instalada.	-	ARCADA	Único	4352
4301	PROTESE TOTAL PERSONALIZADA		-	ARCADA	Único	8727
85500143	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTETICA		-	ARCADA	-	40919
85500151	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTETICA		-	ARCADA	-	59488
85500160	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTETICA		-	ARCADA	-	39921
85500178	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTETICA		-	ARCADA	-	39921
85500186	PROTOCOLO BRANEMARK PROVISORIO PARA 4 IMPLANTES		-	ARCADA	-	20480
85500194	PROTOCOLO BRANEMARK PROVISORIO PARA 5 IMPLANTES		-	ARCADA	-	23438
85400440	PROVISORIO PARA INLAY/ONLAY		-	DENTE	Único	405

PROTESE DENTAL						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
85400483	REEMBASAMENTO DE PROTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM CONSULTÓRIO)		-	ARCADA	Único	942
85400491	REEMBASAMENTO DE PROTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM LABORATÓRIO)		-	ARCADA	Único	1862
85400505	REMOCAO DE TRABALHO PROTETICO	Autorizada na presença de Retratamento endodôntico ou protético. Não pode ser solicitado com Remoção de núcleo intrarradicular.	RX Inicial	DENTE	Único	199
85400513	RESTAURACAO CERAMICA PURA - INLAY	Autorizado para Dentes posteriores (prémolares e molares) permanentes, com comprometimento de 03 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	-	DENTE	Único	4875
85400521	RESTAURACAO EM CERAMICA PURA - ONLAY	Autorizado para Dentes posteriores (prémolares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial	DENTE	Único	4271
85400548	RESTAURACAO EM CEROMERO - INLAY	Autorizado para Dentes posteriores (prémolares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	-	DENTE	Único	2087
85400530	RESTAURACAO EM CEROMERO - ONLAY	Autorizado para Dentes posteriores (prémolares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	-	DENTE	Único	2545
85400556	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA	Autorizado para Dentes posteriores (prémolares e molares) permanentes, com comprometimento de 03 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial/RX Final/Foto Inicial	DENTE	Único	1225
4194	TRANSFER/MOLDEIRA FECHADA OU ABERTA		-	DENTE	Único	1135
5003	UCLA CALCINAVEL		-	DENTE	-	354
5004	UCLA EM CROMO E COBALTO		-	DENTE	-	1233
5005	UCLA EM TITANIO		-	DENTE	-	901

OBSERVAÇÕES

1. As radiografias devem estar nos padrões mínimos de qualidade quanto à técnica, revelação e fixação (sem corte do ápice, sobreposição de imagens, halos, sub ou super-revelação e correta fixação), radiografias fora do padrão serão glosadas.
2. As radiografias anexadas devem ter a identificação do paciente, número do dente e posicionamento correto, se anexadas do lado errado com relação ao ponto de referência, não serão considerados.
3. A cooperativa não aceita imagens modificadas, filtradas e/ou manipuladas. A adulteração deste material implicará na glosa do procedimento e na tomada das medidas cabíveis pelo setor de Auditoria Clínica da Dental Uni.
4. Para os casos em que for solicitada pela Dental Uni imagem fotográfica será pago o valor de uma imagem 10 USO – Código 00000100."
5. Quando necessário a Dental Uni autoriza até quatro radiografias para diagnóstico a cada seis meses. Caso seja necessário um número maior, a solicitação deve ser justificada através do sistema nas observações clínicas.
6. É obrigatório a todas as Clínicas e Laboratórios Radiológicos a inserção de imagens (Raio x periapical, Raio x bite wing, levantamento radiográfico, Raio x panorâmico, documentação ortodôntica) à guia de tratamento visando agilizar a comunicação entre cirurgião-dentista, beneficiário e Operadora.

RADIOLOGIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
345	DOCUMENTACAO ORTODONTICA "A"	Para solicitação de tratamento ortodôntico. Deverá ser anexada toda a documentação no sistema.	-	BOCA	12 meses	849
346	DOCUMENTACAO ORTODONTICA "B"	Para solicitação de tratamento ortodôntico. Deverá ser anexada toda a documentação no sistema.	-	BOCA	12 meses	773
348	DOCUMENTACAO ORTODONTICA "E"	Para solicitação de tratamento ortodôntico. Deverá ser anexada toda a documentação no sistema.	-	BOCA	12 meses	563
7300	DOCUMENTACAO ORTODONTICA - ORTOUNIPLAN	Para solicitação de tratamento ortodôntico.	-	BOCA	Único	658
100	IMAGEM FOTOGRAFICA	Imagem realizada por câmera fotográfica ou celular	Foto Inicial	DENTE	6 meses	13
81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (EXAME RADIODONTICO)	Autorizado para tratamento Periodontal.	RX Inicial	BOCA	6 meses	581
81000308	MODELOS ORTODONTICOS	Justificativa Clínica.	-	ARCADA	3 meses	101
81000561	RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDIBULA	Justificativa Clínica.	-	BOCA	-	216
81000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL		RX Inicial	ARCADA	3 meses	121
81000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA /MAXILA (ORTOPANTOMOGRFIA)	Justificativa Clínica.	RX Inicial	BOCA	12 meses	186
81000413	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRFIA) COM TRACADO CEFALOMETRICO	Justificativa Clínica.	RX Inicial	BOCA	12 meses	225
81000324	RX ANTERO-POSTERIOR	Justificativa Clínica.	RX Inicial	BOCA	3 meses	184
81000340	RX DA ATM	Justificativa Clínica.	-	BOCA	3 meses	440
81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE WING	Autorizada 1 a cada 06 meses, para liberação antecipada somente se houver alteração estrutural do dente.	RX Inicial		3 meses	37
81000367	RX MAO E PUNHO - CARPAL	Idade máxima 13 anos.	RX Inicial	CONSULTA	3 meses	147
81000421	RX PERIAPICAL	Autorizada 1 a cada 06 meses, para liberação antecipada somente se houver alteração estrutural do dente.	RX Inicial		6 meses	37
81000430	RX POSTERO ANTERIOR	Justificativa Clínica.	RX Inicial	BOCA	3 meses	184
81000570	TECNICA DE LOCALIZACAO RADIOGRAFICA		-	BOCA	-	351
81000472	TELERRADIOGRAFIA	Justificativa Clínica.	RX Inicial	BOCA	3 meses	196
81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRACADO CEFALOMETRICO	Justificativa Clínica.	RX Inicial	BOCA	3 meses	256
81000510	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM		RX Inicial	ARCADA	-	1116

RADIOLOGIA						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
81000511	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - MANDIBULA		RX Inicial	ARCADA	-	1116
81000529	TOMOGRAFIA CONVENCIONAL - LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL		RX Inicial	ARCADA	-	952
81000530	TOMOGRAFIA CONVENCIONAL - LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL - MANDIBULA		RX Inicial	BOCA	-	952
81000537	TRACADO CEFALOMETRICO	Justificativa Clínica.	RX Inicial	BOCA	3 meses	72

OBSERVAÇÕES

1. O aparelho metálico fixo convencional está incluso nas manutenções, não podendo ser cobrado do beneficiário da Operadora. Aparelhos fixos estéticos, autoligados ou similares podem ser oferecidos ao beneficiários e podem ser cobrados. O pagamento destes aparelhos deve ser realizado direto ao profissional.
2. Antes de iniciar a Ortodontia deve ser encaminhado o Planejamento Ortodôntico. Abrir protocolo no GRC Atendimentos– Departamento Ortodontia com o formulário do planejamento ortodôntico (disponível no site) preenchido, com as informações solicitadas e devidamente assinados pelo profissional e beneficiário (se o beneficiário for menor deve ser assinado pelo responsável legal). No protocolo também devem ser anexadas as imagens radiográficas (documentação ortodôntica).
3. As manutenções ortodônticas são autorizadas mensalmente (1 a cada 30 dias).
4. Nos contratos com cobertura para manutenção ortodôntica, os procedimentos de contenção móvel ou fixa estão inclusos nos tratamentos ortodônticos, não podendo ser solicitado separado ao final da Ortodontia.
5. As contenções contenção móvel ou fixa só poderão ser cobradas da Operadora, no caso de contratos cobertos, desde que as manutenções ortodônticas tenham sido realizadas de forma particular ou pelo ato complementar.

TRAT. ORTO FUNC. MAXILARES						
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE	USO
8500	APARELHO ORTOPEDICO FUNCIONAL		-	BOCA	-	1979
86000365	MANUTENCAO APARELHO ORTOPEDICO FUNCIONAL		-	BOCA	-	891
8530	MONITORAMENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL		-	BOCA	-	542
86000551	PLANO INCLINADO		-	ARCADA	-	1481

OBSERVAÇÕES

1. O aparelho metálico fixo convencional está incluso nas manutenções, não podendo ser cobrado do beneficiário da Operadora. Aparelhos fixos estéticos, autoligados ou similares podem ser oferecidos ao beneficiários e podem ser cobrados. O pagamento destes aparelhos deve ser realizado direto ao profissional.
2. Antes de iniciar a Ortodontia deve ser encaminhado o Planejamento Ortodôntico. Abrir protocolo no GRC Atendimentos– Departamento Ortodontia com o formulário do planejamento ortodôntico (disponível no site) preenchido, com as informações solicitadas e devidamente assinados pelo profissional e beneficiário (se o beneficiário for menor deve ser assinado pelo responsável legal). No protocolo também devem ser anexadas as imagens radiográficas (documentação ortodôntica).
3. As manutenções ortodônticas são autorizadas mensalmente (1 a cada 30 dias).
4. Nos contratos com cobertura para manutenção ortodôntica, os procedimentos de contenção móvel ou fixa estão inclusos nos tratamentos ortodônticos, não podendo ser solicitado separado ao final da Ortodontia.
5. As contenções contenção móvel ou fixa só poderão ser cobradas da Operadora, no caso de contratos cobertos, desde que as manutenções ortodônticas tenham sido realizadas de forma particular ou pelo ato complementar.

