

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
CIRURGIA	82000034	Alveoloplastia	53,96	X	52	único	> de 35 anos	por hemiarco: Haid, HAIE, HASD, HASE		X			X			Remunerada apenas quando associada a exodontias múltiplas ou quando utilizada com finalidade protética (regularização do rebordo ósseo). Obrigatório envio de laudo. Radiografia incluída no procedimento.
CIRURGIA	82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	42,68	X	69,68	único	> de 18 anos	por dente		X	X				X	Para finalidade protética. Radiografias incluídas no procedimento.
CIRURGIA	82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	39,45	X	64,4	único	> de 18 anos	por dente		X	X				X	Para finalidade protética. Radiografias incluídas no procedimento.
CIRURGIA	82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	102,30	X	90	único	> de 15 anos	por dente		X	X				X	Radiografias incluídas no procedimento.
CIRURGIA	82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	114,96	X	80,42	único	> de 15 anos	por dente		X	X				X	Radiografias incluídas no procedimento.
CIRURGIA	82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	140,63	X	96,73	único	> de 15 anos	por dente		X	X				X	Radiografias incluídas no procedimento.
CIRURGIA	82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	122,24	X	88,04	único	> de 15 anos	por dente		X	X				X	Radiografias incluídas no procedimento.
CIRURGIA	82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	223,14	X	78,18	único	> de 15 anos	por dente		X	X				X	Radiografias incluídas no procedimento.
CIRURGIA	82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	119,41	X	68,13	único	> de 15 anos	por dente		X	X				X	Radiografias incluídas no procedimento.
CIRURGIA	82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	35,65	X	58,2	único	> de 40 anos	por hemiarco: Haid, HAIE, HASD, HASE					X			Remuneração exclusiva para beneficiários desdentados com a finalidade de aumentar a retenção da prótese. Obrigatório envio de justificativa para remuneração.
CIRURGIA	30202027	Biopsia De Boca	72,61	X	31,91	único	-	ASAI					X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia, patologia bucal ou periodontia). Obrigatório envio de laudo. Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	30201012	Biopsia De Labio	72,33	X	31,91	único	-	AS, AI					X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia, patologia bucal ou periodontia). Obrigatório envio de laudo. Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
CIRURGIA	30203031	Biopsia De Lingua	79,07	X	31,91	único	-	AI					X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia, patologia bucal ou periodontia). Obrigatório envio de laudo. Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	30211018	Biopsia De Mandibula	87,32	X	31,91	único	-	por hemiarco: HAID, HAIE					X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia, patologia bucal ou periodontia). Obrigatório envio de laudo. Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	30204011	Biopsia De Glândula Salivar	72,61	X	31,91	único	-	ASAI		X			X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia, patologia bucal ou periodontia). Obrigatório envio de laudo. Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	82000280	Biópsia de maxila	55,77	X	31,91	único	-	por hemiarco: HASD, HASE		X			X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia, patologia bucal ou periodontia). Obrigatório envio de laudo. Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	82000298	Bridectomia	55,96	X	59,55	único	> de 10 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE					X			Obrigatório envio de laudo.
CIRURGIA	82000301	Bridotomia	36,48	X	59,55	único	> de 10 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE					X			Obrigatório envio de laudo.
CIRURGIA	82000352	Cirurgia para exostose maxilar	68,06	X	67,11	único	> de 25 anos	por hemiarco: HASD, HASE		X			X			Finalidade protética. Obrigatório envio de laudo. Radiografia inicial deverá ser obrigatoriamente a oclusal. Radiografia oclusal poderá ser solicitada separadamente.
CIRURGIA	82000360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	41,11	X	67,11	único	> de 25 anos	por hemiarco: HAID, HAIE		X			X			Finalidade protética. Obrigatório envio de laudo. Radiografia inicial deverá ser obrigatoriamente a oclusal. Radiografia oclusal poderá ser solicitada separadamente.
CIRURGIA	82000387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	34,07	X	55,62	único	> de 25 anos	por hemiarco: HAID, HAIE		X			X			Finalidade protética. Obrigatório envio de laudo. Radiografia inicial deverá ser obrigatoriamente a oclusal. Radiografia oclusal poderá ser solicitada separadamente.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

**ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria**

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
CIRURGIA	82000395	Cirurgia para torus palatino	37,52	X	61,25	único	> de 25 anos	por hemiarco: HASD, HASE		X			X			Finalidade protética. Obrigatório envio de laudo. Radiografia inicial deverá ser obrigatoriamente a oclusal. Radiografia oclusal poderá ser solicitada separadamente.
CIRURGIA	82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	19,55	X	31,91	único	> de 10 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE					X			Exclusivo para despesas com análises laboratoriais. É obrigatório o envio do resultado do exame. Somente especialista pode realizar.
CIRURGIA	82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	52,30	X	46,66	único	> de 15 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE					X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia ou patologia bucal). Obrigatório envio de laudo com descrição clínica da lesão e técnica cirúrgica realizada. Inclui biópsia e pós operatório; necessário envio do resultado do exame anátomo-patológico. Para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	69,70	X	36,91	único	> de 15 anos	por região: RMSD, RMSE, RPSD, RPSE, RIS, RII, RPID, RPIE, RMID, RMIE		X	X		X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia, patologia bucal ou periodontia). Obrigatório envio de laudo com descrição clínica da lesão e técnica cirúrgica realizada. Inclui radiografias, biópsia e pós operatório; necessário envio do resultado do exame anátomo-patológico. Para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	82000794	Exérese ou excisão de mucocela	53,59	X	40,22	único	> de 15 anos	ASAI					X			Obrigatório envio de laudo. Inclui biópsia e pós operatório; necessário envio do resultado do exame anátomo-patológico e descrição clínica da lesão. Para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	82000808	Exérese ou excisão de rânula	54,47	X	63,82	único	> de 15 anos	AI					X			Obrigatório envio de laudo. Inclui biópsia e pós operatório; necessário envio do resultado do exame anátomo-patológico e descrição clínica da lesão. Para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	82000816	Exodontia a retalho	51,11	X	32,45	único	> de 13 anos	por dente		X	X				X	Odontosecção, radiografias e pós-operatório incluídos no procedimento.
CIRURGIA	82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	35,87	X	25,82	único	> de 13 anos	por dente		X	X		X		X	Enviar encaminhamento do ortodontista/protesista. Odontosecção, radiografias e pós-operatório incluídos no procedimento.
CIRURGIA	82000859	Exodontia de raiz residual	34,52	X	25,82	único	> de 13 anos	por dente		X	X				X	Odontosecção, radiografias e pós-operatório incluídos no procedimento.
CIRURGIA	82000875	Exodontia simples de permanente	38,91	X	25,82	único	> de 13 anos	por dente		X	X				X	Odontosecção, alveoloplastia, radiografias e pós-operatório incluídos no procedimento.

Nome Prestador **SulAmérica Odonto - Fortaleza CE**

Consultor **Dra. Aline Sarda**

Data **27/12/2024**

#### ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
CIRURGIA	82000883	Frenulectomia labial	51,26	X	30,51	único	> de 7 anos	AS, AI		X		X	X			É obrigatório envio do laudo. Para melhor análise, indica-se o envio de Imagem Inicial e Final (fotos).
CIRURGIA	82000891	Frenulectomia lingual	44,88	X	32,31	único	> de 1 ano	AI				X	X			É obrigatório envio do laudo. Para melhor análise, indica-se o envio de Imagem Inicial e Final (fotos).
CIRURGIA	82001073	Odonto-seção	30,11	X	39,91	único	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Separação das raízes por finalidade protética. Radiografias e Alveoloplastia incluídas no procedimento.
CIRURGIA	82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	19,55	X	31,91	único	-	ASAI					X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia ou patologia bucal). Encaminhar o laudo com solicitação do exame contendo hipótese diagnóstica e histórico clínico da lesão. Para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	217,91	X	253,31	único	> de 15 anos	por região: RMSD, RMSE, RPSD, RPSE, RIS, RII, RPID, RPIE, RMID, RMIE		X	X		X			Radiografias, pós operatório e controle incluídos no procedimento.
CIRURGIA	82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	100,34	X	163,81	único	> de 15 anos	por região: RMSD, RMSE, RPSD, RPSE, RIS, RII, RPID, RPIE, RMID, RMIE		X	X		X			Radiografias, pós operatório e controle incluídos no procedimento.
CIRURGIA	82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	145,84	X	77,76	único	> de 15 anos	por dente		X	X				X	Válida quando o dente estiver totalmente coberto por tecido ósseo e/ou impactado. Odontoseção, radiografias e pós-operatório incluídos no procedimento.
CIRURGIA	82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	110,54	X	39,91	único	> de 15 anos	por dente		X	X				X	Válida quando o dente estiver parcialmente coberto por tecido ósseo e/ou impactado. Odontoseção, radiografias e pós-operatório incluídos no procedimento.
CIRURGIA	82001367	Remoção de odontoma	201,90	X	193,61	único	> de 15 anos	por região: RMSD, RMSE, RPSD, RPSE, RIS, RII, RPID, RPIE, RMID, RMIE		X	X		X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia ou patologia bucal). Obrigatório envio de laudo. Inclui radiografias, biópsia e pós operatório; necessário envio do resultado do exame anátomo-patológico e descrição clínica da lesão. Para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

#### ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
CIRURGIA	82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	132,72		60	único	> de 11 anos	por dente		X	X		X		X	Inclui a colagem do acessório ortodôntico, radiografias e pós operatório. Obrigatório envio de encaminhamento do ortodontista.
CIRURGIA	82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	153,24	X	250,17	único	> de 15 anos	por região: RMSD, RMSE, RPSD, RPSE		X	X		X			Inclui radiografias e pós operatório. É obrigatório envio do laudo. Somente especialista pode realizar.
CIRURGIA	82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	153,24	X	250,17	único	> de 15 anos	por região: RMSD, RMSE, RPSD, RPSE		X	X		X			Inclui radiografias e pós operatório. É obrigatório envio do laudo. Somente especialista pode realizar.
CIRURGIA	82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	60,34	X	28,32	único	> de 15 anos	por região: RMSD, RMSE, RPSD, RPSE, RIS, RII, RPID, RPIE, RMID, RMIE					X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia, patologia bucal ou periodontia). Obrigatório envio de laudo. Inclui biópsia e pós operatório; necessário envio do resultado do exame anátomo-patológico e descrição clínica da lesão. Para despesas com exames histopatológicos, solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	17,35	X	28,32	único	> de 15 anos	por região: RMSD, RMSE, RPSD, RPSE, RIS, RII, RPID, RPIE, RMID, RMIE		X	X		X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia ou patologia bucal). Obrigatório envio de laudo. Inclui radiografias, biópsia e pós operatório; necessário envio do resultado do exame anátomo-patológico e descrição clínica da lesão. Para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	131,00	X	213,86	único	> de 15 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE		X	X		X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia ou patologia bucal). Obrigatório envio de laudo. Inclui radiografias, biópsia e pós operatório; necessário envio do resultado do exame anátomo-patológico e descrição clínica da lesão. Para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	149,43	X	243,95	único	> de 15 anos	por região: RMSD, RMSE, RPSD, RPSE, RIS, RII, RPID, RPIE, RMID, RMIE					X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia ou patologia bucal). Obrigatório envio de laudo. Inclui biópsia e pós operatório; necessário envio do resultado do exame anátomo-patológico e descrição clínica da lesão. Para despesas com exames histopatológicos, solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

**ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria**

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
CIRURGIA	82001634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	131,00	X	213,86	único	> de 15 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE		X	X		X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia ou patologia bucal). Obrigatório envio de laudo. Inclui radiografias, biópsia e pós operatório; necessário envio do resultado do exame anátomo-patológico e descrição clínica da lesão. Para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	82001707	Ulectomia	34,85	X	19,13	único	> de 2 anos	por dente					X	X	X	Deve ser utilizado em dentes em fase de erupção com hipertrofia mucogengival. Obrigatório envio de laudo.
CIRURGIA	82001731	Exodontia de semi incluso/impactado supra numerário	59,04	X	25,82	único	> de 7 anos	por dente: 59, 69, 79, 89, 19, 29, 39, 49		X	X					Válida quando o dente estiver parcialmente coberto de tecido ósseo e gengival. Odontosecção, radiografias e pós-operatório incluídos no procedimento.
CIRURGIA	82001740	Exodontia de incluso/impactado supra numerário	109,75	X	77,76	único	> de 7 anos	por dente: 59, 69, 79, 89, 19, 29, 39, 49		X	X					Válida quando o dente estiver totalmente coberto por tecido ósseo ou impactado. Odontosecção, radiografias e pós-operatório incluídos no procedimento. Alveoloplastia incluída no procedimento.
CIRURGIA	82001758	Marsupialização de cistos odontológicos	344,85	X	243,95	único	> de 15 anos	por região: RMSD, RMSE, RPSD, RPSE, RIS, RII, RPID, RPIE, RMID, RMIE		X	X		X			Somente especialista pode realizar (cirurgia, semiologia ou patologia bucal). Obrigatório envio de laudo com descrição clínica da lesão e técnica cirúrgica realizada. Inclui radiografias, biópsia e pós operatório; necessário envio do resultado do exame anátomo-patológico. Para despesas com exames histopatológicos solicitar o código de Diagnóstico anatomopatológico correspondente.
CIRURGIA	85300101	Tracionamento de raiz residual	35,65		58,2	único	> de 15 anos	por dente		X	X		X		X	Exclusivo para fins protéticos. Inclui radiografias e pós operatório. É obrigatório envio de encaminhamento do protesista.
DENTÍSTICA	85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	82,12	X	36,41	24 meses	> de 13 anos	por dente	X	X	X		X		X	Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal incluídos na restauração. Obrigatório o envio de Imagem Inicial e Final (fotos) para os casos em que houver solicitação.
DENTÍSTICA	85100099	Restauração de amálgama - 1 face	22,33	X	21,64	24 meses	> de 6 anos	por dente	X						X	Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal incluídos na restauração. Obrigatório o envio de Imagem Inicial e Final (fotos) para os casos em que houver solicitação.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
DENTÍSTICA	85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	27,91	X	26,36	24 meses	> de 6 anos	por dente	X						X	Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal incluídos na restauração. Obrigatório o envio de Imagem Inicial e Final (fotos) para os casos em que houver solicitação.
DENTÍSTICA	85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	32,54	X	30,95	24 meses	> de 6 anos	por dente	X						X	Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal incluídos na restauração. Obrigatório o envio de Imagem Inicial e Final (fotos) para os casos em que houver solicitação.
DENTÍSTICA	85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	36,69	X	33,54	24 meses	> de 6 anos	por dente	X						X	Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal incluídos na restauração. Obrigatório o envio de Imagem Inicial e Final (fotos) para os casos em que houver solicitação.
DENTÍSTICA	85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	18,35	X	16,36	12 meses	2 a 13 anos	por dente	X					X		Procedimento remunerado somente em dentes decíduos e somente quando não existir planejamento anterior ou futuro de restauração em outro material. Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal incluídos na restauração.
DENTÍSTICA	85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	20,59	X	18,21	12 meses	2 a 13 anos	por dente	X					X		Procedimento remunerado somente em dentes decíduos e somente quando não existir planejamento anterior ou futuro de restauração em outro material. Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal incluídos na restauração.
DENTÍSTICA	85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	22,70	X	21,58	12 meses	2 a 13 anos	por dente	X					X		Procedimento remunerado somente em dentes decíduos e somente quando não existir planejamento anterior ou futuro de restauração em outro material. Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal incluídos na restauração.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

**ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria**

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
DENTÍSTICA	85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	26,13	X	21,58	12 meses	2 a 13 anos	por dente	X					X		Procedimento remunerado somente em dentes decíduos e somente quando não existir planejamento anterior ou futuro de restauração em outro material. Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração.
DENTÍSTICA	85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	27,97	X	25,82	24 meses	> de 6 anos	por dente	X						X	Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração. Obrigatório o envio de Imagem Inicial e Final (fotos) para os casos em que houver solicitação.
DENTÍSTICA	85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	34,38	X	29,13	24 meses	> de 6 anos	por dente	X						X	Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração. Obrigatório o envio de Imagem Inicial e Final (fotos) para os casos em que houver solicitação.
DENTÍSTICA	85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	39,40	X	34,58	24 meses	> de 6 anos	por dente	X						X	Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração. Obrigatório o envio de Imagem Inicial e Final (fotos) para os casos em que houver solicitação.
DENTÍSTICA	85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	47,50	X	39,12	24 meses	> de 6 anos	por dente	X						X	Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração. Obrigatório o envio de Imagem Inicial e Final (fotos) para os casos em que houver solicitação.
DIAGNÓSTICO	81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	11,42	X	18,65	único	> de 10 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE					X			Exclusivo para despesas com análises laboratoriais. É obrigatório o envio do resultado do exame. Somente especialista pode realizar.
DIAGNÓSTICO	81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	61,85	X	18,65	único	> de 10 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE					X			Exclusivo para despesas com análises laboratoriais. É obrigatório o envio do resultado do exame. Somente especialista pode realizar.
DIAGNÓSTICO	81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	76,14	X	18,65	único	> de 10 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE					X			Exclusivo para despesas com análises laboratoriais. É obrigatório o envio do resultado do exame. Somente especialista pode realizar.



Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
DIAGNÓSTICO	81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	11,42	X	18,65	único	> de 10 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE					X			Exclusivo para despesas com análises laboratoriais. É obrigatório o envio do resultado do exame. Somente especialista pode realizar.
DIAGNÓSTICO	81000197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	23,15	X	18,65	único	> de 10 anos	ASAI					X			Exclusivo para despesas com análises laboratoriais. É obrigatório o envio do resultado do exame. Somente especialista pode realizar.
DTM	85400254	Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora)	313,37		148,5	único	> de 15 anos	AS, AI					X			Somente para prestadores credenciados na especialidade DTM. Obrigatório envio de laudo, assinado pelo prestador e beneficiário. Informar tipo de placa (material de confecção), indicação, diagnóstico, tempo de utilização.
DTM	98113119	Consulta de avaliação de DTM	53,62	X	54,55	6 meses	> de 15 anos	ASAI					X			Somente para prestadores credenciados na especialidade DTM. Consulta para avaliação do beneficiário e orientação quanto ao tratamento de DTM indicado. Obrigatório envio de laudo.
DTM	98662449	Pacote de fisioterapia de DTM	527,02		350	6 meses	> de 15 anos	ASAI					X			A utilização deste código inclui: aplicação de TENS, alongamentos, laser, RPG e demais técnicas/tratamentos, de acordo com o domínio e legalidade do profissional. O pacote inclui 05 sessões. Descrever indicação clínica no laudo.
ENDODONTIA	85100013	Capeamento pulpar direto	10,14	X	8,38	único	> de 8 anos	por dente		X					X	Procedimento deve estar na mesma GTO da restauração definitiva e esta deverá ser realizada pelo menos 30 dias após a execução do capeamento. Radiografia inclusa no procedimento.
ENDODONTIA	85100056	Curativo de demora em endodontia	13,53	X	9,1	1 mês	> de 6 anos	por dente		X			X		X	Somente deve ser utilizado para trocas periódicas de Ca(OH)2 para casos de reabsorção radicular. Necessário envio de laudo com descrição clínica do caso.
ENDODONTIA	85200018	Clareamento de dente desvitalizado	65,67		50,98	único	> de 6 anos	por dente		X					X	Somente em dentes anteriores e pré-molares desvitalizados. Radiografia incluída no procedimento.
ENDODONTIA	85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	44,26	X	31,14	único	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Finalidade protética. Radiografia incluída no procedimento.
ENDODONTIA	85200042	Pulpotomia	19,88	X	21,51	único	> 6 anos e < de 15 anos	por dente		X	X				X	Radiografias incluídas no procedimento. Remunerado apenas quando não houver indicação de tratamento endodôntico. Somente remunerado em dentes permanentes jovens com rizogênese incompleta.
ENDODONTIA	85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	40,71	X	41,14	único	> de 18 anos	por dente		X	X				X	Somente especialista pode realizar. Radiografias incluídas no procedimento. Não remunerado quando decorrente de procedimentos realizados pelo mesmo prestador.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
ENDODONTIA	85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	47,97	X	41,14	único	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Consiste na remoção de núcleo com finalidade endodôntica ou protética. Radiografias incluídas no procedimento. Não poderá ser solicitado junto com o código do procedimento Preparo para núcleo intrarradicular (85200026).
ENDODONTIA	85200093	Retratamento endodôntico birradicular	236,29	X	117,71	único	> de 6 anos	por dente		X	X				X	Remoção do material obturador, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. A radiografia final deverá ser enviada já com o corte dos cones e permitir a visualização de todos os canais obturados e a região de periápice. Nos casos de intercorrências do tratamento, encaminhar juntamente com a GTO, laudo específico devidamente assinado pelo prestador e beneficiário.
ENDODONTIA	85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	337,01	X	162,4	único	> de 6 anos	por dente		X	X				X	Remoção do material obturador, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. A radiografia final deverá ser enviada já com o corte dos cones e permitir a visualização de todos os canais obturados e a região de periápice. Nos casos de intercorrências do tratamento, encaminhar juntamente com a GTO, laudo específico devidamente assinado pelo prestador e beneficiário.
ENDODONTIA	85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	168,93	X	89,75	único	> de 6 anos	por dente		X	X				X	Remoção do material obturador, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. A radiografia final deverá ser enviada já com o corte dos cones e permitir a visualização de todos os canais obturados e a região de periápice. Nos casos de intercorrências do tratamento, encaminhar juntamente com a GTO, laudo específico devidamente assinado pelo prestador e beneficiário.
ENDODONTIA	85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	213,29	X	232,6	único	> de 13 anos	por dente		X	X		X		X	Radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. É obrigatório o envio do laudo. Somente especialista pode realizar.
ENDODONTIA	85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	46,38	X	75,71	único	6 a 18 anos	por dente		X	X		X		X	Acesso ao canal, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusas no valor do procedimento. Independente do número de sessões. É obrigatório o envio do laudo. Somente especialista pode realizar.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

**ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria**

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
ENDODONTIA	85200140	Tratamento endodôntico birradicular	166,40	X	105,65	único	> de 6 anos	por dente		X	X				X	Acesso ao canal, pulpectomia, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. A radiografia final deverá ser enviada já com o corte dos cones e permitir a visualização de todos os canais obturados e a região de periápice. Nos casos de intercorrências do tratamento, encaminhar juntamente com a GTO, laudo específico devidamente assinado pelo prestador e beneficiário.
ENDODONTIA	85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	234,26	X	146,4	único	> de 6 anos	por dente		X	X				X	Acesso ao canal, pulpectomia, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. A radiografia final deverá ser enviada já com o corte dos cones e permitir a visualização de todos os canais obturados e a região de periápice. Nos casos de intercorrências do tratamento, encaminhar juntamente com a GTO, laudo específico devidamente assinado pelo prestador e beneficiário.
ENDODONTIA	85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	121,69	X	75,71	único	> de 6 anos	por dente		X	X				X	Acesso ao canal, pulpectomia, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. A radiografia final deverá ser enviada já com o corte dos cones e permitir a visualização de todos os canais obturados e a região de periápice. Nos casos de intercorrências do tratamento, encaminhar juntamente com a GTO, laudo específico devidamente assinado pelo prestador e beneficiário.
ENDODONTIA	95200166	Tratamento Endodôntico Unirradicular Com Uso De Microscópio	X		-	único	> de 6 anos	por dente		X	X				X	Acesso ao canal, pulpectomia, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. A radiografia final deverá ser enviada já com o corte dos cones e permitir a visualização de todos os canais obturados e a região de periápice. Nos casos de intercorrências do
ENDODONTIA	95200140	Tratamento Endodôntico Birradicular Com Uso De Microscópio	X		-	único	> de 6 anos	por dente		X	X				X	Acesso ao canal, pulpectomia, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. A radiografia final deverá ser enviada já com o corte dos cones e permitir a visualização de todos os canais obturados e a região de periápice. Nos casos de intercorrências do
ENDODONTIA	95200158	Tratamento Endodôntico Multirradicular Com Uso De Microscópio	X		-	único	> de 6 anos	por dente		X	X				X	Acesso ao canal, pulpectomia, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. A radiografia final deverá ser enviada já com o corte dos cones e permitir a visualização de todos os canais obturados e a região de periápice. Nos casos de intercorrências do
ENDODONTIA	95200115	Retratamento Endodôntico Unirradicular Com Uso De Microscópio	X		-	único	> de 6 anos	por dente		X	X				X	Acesso ao canal, pulpectomia, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. A radiografia final deverá ser enviada já com o corte dos cones e permitir a visualização de todos os canais obturados e a região de periápice. Nos casos de intercorrências do

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

**ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria**

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudos	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
ENDODONTIA	95200093	Retratamento Endodôntico Birradicular Com Uso De Microscópio	X		-	único	> de 6 anos	por dente		X	X				X	Remoção do material obturador, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. A radiografia final deverá ser enviada já com o corte dos cones e permitir a visualização de todos os canais obturados e a região de periápice. Nos casos de intercorrências do
ENDODONTIA	95200107	Retratamento Endodôntico Multirradicular Com Uso De Microscópio	X		-	único	> de 6 anos	por dente		X	X				X	Remoção do material obturador, radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. A radiografia final deverá ser enviada já com o corte dos cones e permitir a visualização de todos os canais obturados e a região de periápice. Nos casos de intercorrências do
ENDODONTIA	95200123	Tratamento De Perfuração Endodôntica Com Uso De Microscópio	X		-	único	> de 13 anos	por dente		X	X		X		X	Radiografias, troca de medicação intracanal, obturação e restauração provisória inclusos no valor do procedimento. É obrigatório o envio do laudo. Somente especialista pode realizar.
IMPLANTES	82000581	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	883,29		600,00	60 meses	> de 14 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE		X	X		X			Inclui a cirurgia da área doadora e receptora, membrana biológica, PRP e radiografias. A radiografia final deverá sugerir imagem do parafuso de fixação indicativa da realização de enxerto autógeno em bloco. Obrigatório envio do encaminhamento do protesista.
IMPLANTES	82000603	Enxerto com osso autógeno do mento	275,65		450,00	60 meses	> de 14 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE		X	X		X			Inclui a cirurgia da área doadora e receptora, membrana biológica, PRP e radiografias. A radiografia final deverá sugerir imagem do parafuso de fixação indicativa da realização de enxerto autógeno em bloco. Obrigatório envio do encaminhamento do protesista.
IMPLANTES	82000620	Enxerto com osso liofilizado	765,72		450,00	60 meses	> de 14 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE		X	X		X			Inclui o osso liofilizado. Radiografias incluídas no procedimento. Obrigatório envio de laudo informando a realização do procedimento junto às etiquetas da especificação do enxerto utilizado. Radiografia final obrigatoriamente deve ser a periapical.
IMPLANTES	82000980	Implante ósseo integrado	836,32		500,00	único	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Inclui cirurgia de reabertura e instalação do cicatrizador. Obrigatório envio da panorâmica como radiografia inicial, junto às etiquetas de especificação dos implantes instalados. Radiografia final obrigatoriamente deve ser a periapical.
IMPLANTES	82001049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno	1.036,63		750,00	único	> de 14 anos	por hemiarco: HASD, HASE		X	X		X			Radiografias incluídas no procedimento. A radiografia final, obrigatoriamente panorâmica, deverá apresentar imagem radiopaca no seio maxilar sugestiva da existência de biomaterial e deslocamento da membrana do seio maxilar. Obrigatório envio de laudo informando o motivo para a realização do procedimento.
IMPLANTES	82001065	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado	928,07		750,00	único	> de 14 anos	por hemiarco: HASD, HASE		X	X		X			Radiografias incluídas no procedimento. A radiografia final, obrigatoriamente panorâmica, deverá apresentar imagem radiopaca no seio maxilar sugestiva da existência de biomaterial e deslocamento da membrana do seio maxilar. Obrigatório envio de laudo informando o motivo para a realização do procedimento.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
IMPLANTES	82001138	Reabertura - Colocação de cicatrizador	251,99		300,00	único	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Remunerado apenas nos casos de implante não realizado pelo dentista atendente. Radiografias incluídas no procedimento.
IMPLANTES	82001324	Remoção de implante dentário não ósseo integrado	235,60		250,00	único	> de 25 anos	por dente		X	X		X		X	Radiografias incluídas no procedimento. Obrigatório envio de laudo, informando o motivo para a remoção do implante.
IMPLANTES	85400122	Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerâmica	821,95		700	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Radiografias incluídas no procedimento. Confeção da coroa só deverá ser realizada após osteointegração do implante. Radiografia final obrigatoriamente deve ser a periapical.
IMPLANTES	85500011	Coroa provisória sobre implante	82,54		80,00	12 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Inclui a instalação do provisório e respectivo componente. Radiografias incluídas no procedimento.
IMPLANTES	85500020	Coroa provisória sobre implante com carga imediata	94,24		80,00	12 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Inclui a instalação do provisório e respectivo componente. Radiografias incluídas no procedimento.
IMPLANTES	85500038	Coroa total metalo cerâmica sobre implante	871,80		600,00	único	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Radiografias incluídas no procedimento. Confeção da coroa só deverá ser realizada após osteointegração do implante. Radiografia final obrigatoriamente deve ser a periapical.
IMPLANTES	85500062	Guia cirúrgico para implante	55,36		66,00	60 meses	> de 14 anos	AS, AI					X			Deve ser solicitado somente no caso de reabilitação oral extensa. Obrigatório envio de laudo.
IMPLANTES	85500089	Manutenção de prótese sobre implantes	94,24		18,65	6 meses	> de 14 anos	ASAI					X			Obrigatório envio de laudo.
IMPLANTES	85500097	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes	551,30		900,00	único	> de 25 anos	AS, AI		X	X					A radiografia final deverá sugerir presença da barra ou o'ring e ausência de imagem radiolúcida entre o implante e o componente protético. Radiografias incluídas no procedimento. Radiografia final obrigatoriamente deve ser a periapical de cada região dos implantes instalados.
IMPLANTES	85500100	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes	796,32		1.300,00	único	> de 25 anos	AS, AI		X	X					A radiografia final deverá sugerir presença da barra ou o'ring e ausência de imagem radiolúcida entre o implante e o componente protético. Radiografias incluídas no procedimento. Radiografia final obrigatoriamente deve ser a periapical de cada região dos implantes instalados.
IMPLANTES	85500119	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre três implantes	673,81		1.100,00	único	> de 25 anos	AS, AI		X	X					A radiografia final deverá sugerir presença da barra ou o'ring e ausência de imagem radiolúcida entre o implante e o componente protético. Radiografias incluídas no procedimento. Radiografia final obrigatoriamente deve ser a periapical de cada região dos implantes instalados.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
IMPLANTES	85500127	Prótese parcial fixa implanto suportada	625,59		500,00	60 meses	> de 25 anos	por dente		X	X		X		X	Lançar por dente (pilares e pânticos). Mínimo de 3 elementos. Confeção da coroa só deverá ser realizada após osteointegração do implante. Radiografias incluídas no procedimento. Para próteses extensas (mais de 4 elementos) necessário envio de laudo. Radiografias finais obrigatoriamente deve ser a periapical.
IMPLANTES	85500135	Prótese parcial fixa provisória em carga imediata	141,36		80,00	12 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Inclui a instalação do provisório e respectivo componente. Lançar por dente (pilares e pânticos). Mínimo de 3 elementos. Radiografias incluídas no procedimento.
IMPLANTES	85500160	Protocolo Branemark para 4 implantes	2.909,63		4.750,00	60 meses	> de 25 anos	AS, AI		X	X					Inclui a prótese protocolo e os respectivos componentes. Radiografias incluídas no procedimento. Radiografia final obrigatoriamente deve ser a periapical de cada região dos implantes instalados.
IMPLANTES	85500178	Protocolo Branemark para 5 implantes	5.237,71		6.200,00	60 meses	> de 25 anos	AS, AI		X	X					Inclui a prótese protocolo e os respectivos componentes. Radiografias incluídas no procedimento. Radiografia final obrigatoriamente deve ser a periapical de cada região dos implantes instalados.
IMPLANTES	85500186	Protocolo Branemark provisório para 4 implantes	931,18		800,00	12 meses	> de 25 anos	AS, AI		X	X					Inclui a instalação do provisório e respectivo componente. Radiografias incluídas no procedimento.
IMPLANTES	85500194	Protocolo Branemark provisório para 5 implantes	1.094,55		1.100,00	12 meses	> de 25 anos	AS, AI		X	X					Inclui a instalação do provisório e respectivo componente sobre 5 ou 6 implantes. Radiografias incluídas no procedimento.
IMPLANTES	85500224	Tratamento de perimplantite por implante	19,17		31,30	3 meses	> de 25 anos	por dente		X	X		X		X	Inclui profilaxia, raspagem supra e sub gengival do elemento. Radiografias incluídas no procedimento. Obrigatório envio de laudo, informando o motivo para a realização do procedimento. Radiografia final obrigatoriamente deve ser a periapical.
ODONTOLOGIA ESTÉTICA	81000090	Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro	68,48		28,28	24 meses	> de 15 anos	ASAI					X			Verificar cobertura conforme condição contratual do beneficiário. Este código deverá ser solicitado junto com o procedimento Placa de Acetato para Clareamento Caseiro (85100072), somente após a finalização do clareamento e inclui todas as sessões necessárias. Enviar Termo de Consentimento Informado - Clareamento, assinado pelo beneficiário.
ODONTOLOGIA ESTÉTICA	85100021	Clareamento dentário caseiro	400,43		563,63	24 meses	> de 15 anos	ASAI					X			Inclui consulta para técnica de clareamento, placa de acetato e gel clareador. Lembramos que a Odontologia Moderna preconiza que o tratamento ortodôntico seja realizado antes do clareamento, e as restaurações/próteses sejam feitas após o clareamento, a fim de garantir a uniformidade da cor. Enviar Termo de Consentimento Informado - Clareamento, assinado pelo beneficiário.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudos	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
ODONTOLOGIA ESTÉTICA	85100030	Clareamento dentário de consultório (a laser)	679,94		818,18	24 meses	> de 15 anos	ASAI					X			Inclui a manutenção feita em casa pelo paciente (clareamento dentário caseiro), técnica mista necessária como complementação e preservação do procedimento. Lembramos que a Odontologia Moderna preconiza que o tratamento ortodôntico seja realizado antes do clareamento, e as restaurações/próteses após o clareamento, a fim de garantir a uniformidade da cor. Obrigatório envio de Termo de Consentimento Informado - Clareamento, assinado pelo beneficiário.
ODONTOLOGIA ESTÉTICA	85100072	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro	99,44		38,65	24 meses	> de 15 anos	AS ou AI					X			Verificar cobertura conforme condição contratual do beneficiário. Este código deverá ser solicitado junto com o procedimento Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro (81000090), somente após a finalização do clareamento e inclui todas as sessões necessárias. Enviar Termo de Consentimento Informado - Clareamento, assinado pelo beneficiário. O gel clareador deverá ser pago pelo paciente diretamente ao prestador.
ODONTOPEDIATRIA	81000014	Condicionamento em Odontologia	13,46	X	9,17	12 meses	< de 7 anos	ASAI								Limitado a 03 sessões/ano. Execução exclusiva em odontopediatria e somente no início do tratamento quando houver procedimento invasivo ou restaurador a ser realizado, desde que não realizado na mesma consulta do condicionamento.
ODONTOPEDIATRIA	83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	90,19	X	60	único	4 a 12 anos	por dente		X	X			X		Radiografias incluídas no procedimento. Cobertura em dentes não passíveis de reconstrução por meio direto.
ODONTOPEDIATRIA	83000046	Coroa de aço em dente decíduo	282,72	X	60	único	4 a 12 anos	por dente		X	X			X		Radiografias incluídas no procedimento. Cobertura em dentes não passíveis de reconstrução por meio direto.
ODONTOPEDIATRIA	83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	36,75	X	60	único	4 a 12 anos	por dente		X	X			X		Radiografias incluídas no procedimento. Cobertura em dentes não passíveis de reconstrução por meio direto.
ODONTOPEDIATRIA	83000089	Exodontia simples de decíduo	22,56	X	16,31	único	< de 15 anos	por dente						X		Nos casos de exodontia precoce, necessário encaminhar relatório detalhado justificando a realização do procedimento e o plano de tratamento devidamente assinado pelo responsável.
ODONTOPEDIATRIA	83000097	Mantenedor de espaço fixo	144,79		130	único	4 a 12 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE					X			Obrigatório informar os dentes perdidos que estão sendo substituídos pelo mantenedor no campo 49 - Observação / Justificativa da GTO.
ODONTOPEDIATRIA	83000100	Mantenedor de espaço removível	154,21		115	único	4 a 12 anos	AS, AI					X			Obrigatório informar os dentes perdidos que estão sendo substituídos pelo mantenedor no campo 49 - Observação / Justificativa da GTO.
ODONTOPEDIATRIA	83000127	Pulpotomia em dente decíduo	44,64	X	21,51	único	3 a 13 anos	por dente		X	X			X		Radiografias incluídas no procedimento. Remunerado apenas quando não houver realização posterior de tratamento endodôntico. Somente remunerado em dentes decíduos com vitalidade.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
ODONTOPEDIATRIA	83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	13,38	X	15	único	2 a 13 anos	por dente	X				X	X		Para pagamento encaminhar relatório detalhado justificando a utilização deste procedimento. Procedimento remunerado em dentes decíduos e somente quando não existir planejamento anterior ou futuro de restauração em outro material.
ODONTOPEDIATRIA	83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	83,28	X	46,4	único	< de 15 anos	por dente		X	X			X		Considerado somente com preenchimento total do conduto utilizando material apropriado. Não é válido para dentes em processo de esfoliação. Radiografias incluídas.
ODONTOPEDIATRIA	84000031	Aplicação de cariotático	15,63	X	12,84	único	> de 1 e < 4 anos	por dente					X	X		Execução exclusiva do odontopediatra. Remuneração apenas quando não houver outros procedimentos de dentística e/ou endodontia programados/realizados nos mesmos dentes. Obrigatório envio do índice CPO-D do beneficiário (laudo).
ODONTOPEDIATRIA	84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	12,28	X	11,36	12 meses	< de 12 anos	por dente						X	X	Remuneração por dente. A terapia com selante é indicada para dentes recém erupcionados, conforme análise de perfil de risco do beneficiário.
ODONTOPEDIATRIA	84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	2,05	X	1	6 meses	< de 12 anos	por dente						X		Inclui remoção de placa, evidênciação, orientação de higiene bucal e aplicação tópica de flúor. Não repassado quando já houver procedimento restaurador indicado na região. Limite de 3 sessões por paciente.
ODONTOPEDIATRIA	98301144	Restauração de amálgama em decíduos - 1 face	20,50	X	20,36	24 meses	2 a 13 anos	por dente	X					X		Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração.
ODONTOPEDIATRIA	98301152	Restauração em resina em decíduos - 1 face	24,59	X	20,36	24 meses	2 a 13 anos	por dente	X					X		Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração.
ODONTOPEDIATRIA	98302140	Restauração de amálgama em decíduos - 2 faces	24,03	X	23,63	24 meses	2 a 13 anos	por dente	X					X		Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração.
ODONTOPEDIATRIA	98302159	Restauração em resina em decíduos - 2 faces	31,59	X	23,63	24 meses	2 a 13 anos	por dente	X					X		Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração.
ODONTOPEDIATRIA	98303147	Restauração de amálgama em decíduos - 3 faces	28,89	X	26,36	24 meses	2 a 13 anos	por dente	X					X		Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração.
ODONTOPEDIATRIA	98303155	Restauração em resina em decíduos - 3 faces	37,20	X	26,36	24 meses	2 a 13 anos	por dente	X					X		Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração.



Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
ODONTOPEDIATRIA	98304143	Restauração de amálgama em decíduos - 4 ou mais faces	32,68	X	26,36	24 meses	2 a 13 anos	por dente	X					X		Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração.
ODONTOPEDIATRIA	98304151	Restauração em resina em decíduos - 4 ou mais faces	43,24	X	26,36	24 meses	2 a 13 anos	por dente	X					X		Não é permitido solicitar face a face separadamente. Autorizado por face restaurada, independente do número de cavidades envolvidas. Forramento, polimento e ajuste oclusal inclusos na restauração.
ORTODONTIA	20-026	Remoção de aparelho ortodôntico devido a cancelamento	72,39		118,18	único	> de 5 anos	ASAI					X			Deverá ser lançado no momento da remoção do aparelho por motivo de solicitação do beneficiário e/ou nas situações de interrupção do tratamento por motivos diversos. Obrigatório envio de laudo justificando a remoção do aparelho, assinados pelo beneficiário e prestador.
ORTODONTIA	20-027	Controle de tratamento ortodôntico concluído	72,39		118,18	1 Mês	> de 5 anos	ASAI								Utilizado para avaliação da contenção instalada após a conclusão do tratamento ortodôntico/ortopédico. Limitado a 3 lançamentos num intervalo de 12 meses, a partir da data de instalação da placa de contenção ortodôntica.
ORTODONTIA	86000357	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	72,31		118,18	1 mês	> de 10 anos	ASAI								Para início do tratamento ortodôntico com o aparelho fixo metálico (independente da técnica utilizada), o prestador deverá apresentar obrigatoriamente a documentação ortodôntica do beneficiário, com data de realização de no máximo 12 meses antes do início da primeira manutenção e elaborar plano de tratamento. Será repassada apenas uma manutenção por mês.
ORTODONTIA	86000365	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico	79,90		101,23	1 mês	5 a 15 anos	ASAI								Para início do tratamento ortopédico, o prestador deverá apresentar obrigatoriamente a documentação ortodôntica do beneficiário, com data de realização de no máximo 12 meses antes do início da primeira manutenção e elaborar plano de tratamento. Será repassada apenas uma manutenção por mês.
ORTODONTIA	86000608	Placa de contenção ortodôntica	90,39		118,18	único	> de 5 anos	ASAI								Deverá ser lançado após a última manutenção ortodôntica/ortopédica realizada. Inclui remoção do aparelho e instalação da contenção. Após o lançamento deste código, não será realizada mais nenhuma remuneração ao prestador referente aos procedimentos Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo (86000357) e Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico (86000365). Após o lançamento deste código, somente será remunerado o procedimento Controle de tratamento ortodôntico concluído (20-027), conforme regra técnica.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

#### ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
PERIODONTIA	00100039	Raspagem sub-gengival – Pacote	142,91	X	125,08	3 meses	> de 15 anos	ASAI		X						Inclui consulta, orientação de dieta e higiene bucal, remoção de fatores de retenção de placa, controle e evidênciação de placa, técnicas de escovação, profilaxia e polimento, raspagem supra-gengival, manutenção periodontal e as radiografias iniciais dos quatro hemiarcos. Rx diagnóstico inicial deve apresentar perda óssea igual ou superior a 4 mm.
PERIODONTIA	00100047	Raspagem supra-gengival – Pacote	58,45	X	38,36	6 meses	> de 12 anos	ASAI								Inclui consulta, orientação de dieta e higiene bucal, remoção de fatores de retenção de placa, controle e evidênciação de placa, técnicas de escovação, profilaxia e polimento e aplicação de flúor.
PERIODONTIA	82000212	Aumento de coroa clínica	92,14	X	96,73	único	> de 13 anos	por dente		X	X				X	Deverá ser lançado quando for necessário o desgaste da crista óssea (osteotomia) para recuperação do espaço biológico. Quando não houver desgaste ósseo, deverá ser lançado o procedimento Gingivectomia (82000921). Inclui troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós operatórios. Radiografias incluídas no procedimento.
PERIODONTIA	82000417	Cirurgia periodontal a retalho	90,74	X	51,65	12 meses	> de 18 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE		X						Planejar procedimento cirúrgico conforme viabilidade de execução. Inclui troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós operatórios. Rx diagnóstico inicial deve apresentar perda óssea igual ou superior a 4 mm. Inclui remoção de fatores de retenção de placa, raspagem supragengival, raspagem subgingival e radiografias iniciais.
PERIODONTIA	82000557	Cunha proximal	62,83	X	71,06	único	> de 15 anos	por dente					X		X	Inclui troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós operatórios. Obrigatório envio de laudo.
PERIODONTIA	82000646	Enxerto conjuntivo subepitelial	358,73		42,14	único	> de 15 anos	por hemiarco: HAID, HAIE, HASD, HASE					X			Cirurgia para formação de gengiva inserida através de inclusão de tecido conjuntivo retirado de outra região. Enviar laudo com a indicação, a técnica utilizada e informar a área doadora.
PERIODONTIA	82000662	Enxerto gengival livre	102,80	X	61,74	único	> de 15 anos	por dente					X		X	Cirurgia para formação de gengiva inserida através de retalho gengival retirado de outra região. Enviar laudo com a indicação, a técnica utilizada e informar a área doadora.
PERIODONTIA	82000689	Enxerto pediculado	25,81	X	42,14	único	> de 15 anos	por dente					X		X	Cirurgia para formação de gengiva inserida através de rotação de retalho. Eviar laudo com a indicação e técnica utilizada.
PERIODONTIA	82000921	Gingivectomia	68,35	X	60,36	24 meses	> de 15 anos	por hemiarco: HASD, HASE, HAID, HAIE ou região: RII e RIS				X	X			Justificar a necessidade da execução no campo 49 - Observação / Justificativa da GTO. Inclui profilaxia do hemiarco ou segmento e troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós operatórios. Para melhor análise, indica-se o envio de Imagem Inicial e Final (fotos).

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

#### ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
PERIODONTIA	82000948	Gengivoplastia	68,70	X	60,36	24 meses	> de 15 anos	por hemiarco: HASD, HASE, HAID, HAIE ou região: RII e RIS				X	X			Justificar a necessidade da execução no campo 49 - Observação / Justificativa da GTO. Inclui profilaxia do hemiarco ou segmento e troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós operatórios. Para melhor análise, indica-se o envio de Imagem Inicial e Final (fotos).
PERIODONTIA	82001464	Sepultamento radicular	42,68		69,68	único	> de 15 anos	por dente		X	X		X		X	Consiste na realização de retalho mucoperiosteal e nivelamento da raiz residual (com tratamento endodôntico e sem lesão periapical) à crista óssea e subsequente reposicionamento do retalho. Inclui radiografias e pós operatório. Obrigatório envio de laudo.
PERIODONTIA	85300012	Dessensibilização dentária	9,04	X	0,72	6 meses	> de 15 anos	por dente					X		X	Para pagamento necessário envio de laudo justificando a indicação clínica e o motivo da realização.
PERIODONTIA	85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	23,03	X	20,91	12 meses	> de 6 anos	por dente			X				X	Radiografia incluída no procedimento.
PERIODONTIA	85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	34,57	X	10,13	6 meses	> de 15 anos	por região: RMD, RPD, RII, RIS, RPE, RME		X			X			Inclui a raspagem subgingival, raspagem supragingival, profilaxia e radiografia. Para pagamento encaminhar relatório detalhado justificando a realização deste procedimento.
PREVENÇÃO	00100065	Consulta + Atividade Educativa	16,70	X	18,65	6 meses	-	ASAI								Inclui consulta, orientação de dieta e higiene bucal, controle e evidencição de placa, técnicas de escovação, exame clínico de diagnóstico e elaboração do plano de tratamento. Evento não repassado em casos de encaminhamento e/ou quando associado à outros procedimentos realizados pela mesma clínica/profissional no intervalo de 6 meses. Abandons de tratamento deverão ser informados no campo 49 - Observação / Justificativa, para registro da informação e posterior análise.
PREVENÇÃO	00100090	Aplicação Tópica de Flúor – Pacote	32,57	X	25,5	6 meses	< de 15 anos	ASAI								Inclui consulta, orientação de dieta e higiene bucal, controle e evidencição de placa, técnicas de escovação, profilaxia e polimento e aplicação tópica de flúor.
PREVENÇÃO	87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	16,30	X	18,65	12 meses	-	ASAI					X			Limitado a 03 sessões/ano. Para pagamento justificar a necessidade da execução no campo 49 - Observação / Justificativa da GTO. Não realizado na mesma consulta do condicionamento.
PREVENÇÃO	87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	19,80	X	17,65	12 meses	< de 15 anos	ASAI								Limitado a 01 sessão por família/ano. Lançamento exclusivo para profissionais cadastrados em odontopediatria. Pode ser lançado juntamente com o procedimento Aplicação Tópica de Flúor – Pacote (00100090).

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
PREVENÇÃO	87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	24,57	X	18,65	12 meses	-	ASAI					X			Limitado a 03 sessões/ano. Para pagamento justificar a necessidade da execução no campo 49 - Observação / Justificativa da GTO. Execução exclusiva no início do tratamento quando houver procedimento invasivo ou restaurador a ser realizado, desde que não realizado na mesma consulta do condicionamento.
PRÓTESE	19-022	Prótese fixa adesiva em cerâmica pura	551,30		900	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Apenas para dentes anteriores. Limitado a 3 elementos. Deverá ser solicitado pelo dente ausente. Inclui aletas dos dentes adjacentes.
PRÓTESE	19-023	Núcleo cerâmico	73,51		120	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	O núcleo deve possuir 2/3 do comprimento da raiz ou ser proporcionalmente maior ou igual à coroa que será realizada; ser mantido pelo menos 3mm de material obturador e instalado sobre tratamento endodôntico satisfatório. Radiografias e material de preenchimento incluídas no procedimento. Apenas repassado quando realizado juntamente com uma coroa total cerâmica.
PRÓTESE	19-038	Prótese parcial removível caracterizada	275,65		450	60 meses	> de 25 anos	AS, AI					X			Deverá ser solicitada somente quando os dentes pilares estiverem em condição periodontal adequada. Obrigatório informar os dentes ausentes no termo de satisfação a ser assinado pelo beneficiário.
PRÓTESE	19-043	Overdenture	333,23		544	60 meses	> de 25 anos	AS, AI					X			Ajuste e modelo de trabalho incluídos. Obrigatório envio de laudo, justificando o plano de tratamento e termo de satisfação, assinado pelo beneficiário.
PRÓTESE	85100170	Restauração em resina (indireta) - Inlay	153,46		201,6	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Só deverá ser solicitada em dentes com destruição coronária extensa e cavidade dentária envolvendo as faces oclusal e proximais, sem proteção de cúspide. E quando não houver possibilidade de reabilitação através de restauração direta. Contra-indicado para dentes com núcleo metálico fundido. Radiografias incluídas no procedimento.
PRÓTESE	85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	91,57		56	único	> de 25 anos	AS, AI					X			Independente do número de dentes. Obrigatório envio de laudo, assinado pelo beneficiário e/ou responsável, com a descrição do(s) dente(s) sustituído(s).
PRÓTESE	85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	75,16		56	único	> de 25 anos	AS, AI					X			Válido em caso de fraturas, trincas ou reposição de dentes. Obrigatório envio de laudo, assinado pelo beneficiário e/ou responsável, com a descrição do motivo.
PRÓTESE	85400076	Coroa provisória com pino	73,80	X	50	12 meses	> de 14 anos	por dente		X					X	Autorizado em dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Apenas para reabilitação unitária. Radiografia incluída no procedimento.
PRÓTESE	85400084	Coroa provisória sem pino	73,30	X	50	12 meses	> de 14 anos	por dente		X					X	Autorizado em dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Apenas para reabilitação unitária. Radiografia incluída no procedimento.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

**ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria**

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
PRÓTESE	85400092	Coroa total acrílica prensada	98,94	X	70	12 meses	> de 14 anos	por dente		X					X	Autorizado em dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Apenas para reabilitação unitária. Radiografia incluída no procedimento.
PRÓTESE	85400106	Coroa total em cerâmica pura	759,56		400	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Apenas para reabilitação com coroa unitária. Não utilizar para próteses parciais fixas. Radiografias incluídas no procedimento.
PRÓTESE	85400114	Coroa total em cerômero	317,77	X	251	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Radiografias incluídas no procedimento. Reabilitação com coroa total unitária feita em cerômero, em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos), não passíveis de reconstrução por meio direto.
PRÓTESE	85400149	Coroa total metálica	233,70	X	169,1	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Radiografias incluídas no procedimento. Reabilitação com coroa total unitária feita em material metálico, em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares), não passíveis de reconstrução por meio direto.
PRÓTESE	85400157	Coroa total metalo cerâmica	576,10		300	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Apenas para reabilitação com coroa unitária. Não utilizar para próteses parciais fixas. Radiografias incluídas no procedimento.
PRÓTESE	85400181	Faceta em cerâmica pura	700,23		360	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X		X		X	Somente para dentes anteriores, com estrutura remanescente suficiente para a realização de faceta. Radiografias incluídas no procedimento. Obrigatório envio de Termo de Satisfação e entrega da prótese, com assinatura do prestador e do beneficiário.
PRÓTESE	85400203	Guia cirúrgico para prótese total imediata	49,00		80	único	> de 25 anos	AS, AI					X			Obrigatório solicitação do código 85400416 (Prótese total imediata) na mesma senha. Obrigatório envio de laudo, assinado pelo beneficiário e /ou responsável.
PRÓTESE	85400211	Núcleo de preenchimento	71,09	X	60	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Remunerado somente em dentes com tratamento endodôntico prévio, grande destruição coronária e indicação protética, desde que não haja indicação para núcleo metálico fundido ou pino pré fabricado. Radiografias incluídas no procedimento.
PRÓTESE	85400220	Núcleo metálico fundido	120,24	X	80	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	O núcleo deve possuir 2/3 do comprimento da raiz ou ser proporcionalmente maior ou igual à coroa que será realizada, ser mantido pelo menos 3mm de material obturador e instalado sobre tratamento endodôntico satisfatório. Radiografias incluídas no procedimento.
PRÓTESE	85400238	Onlay de resina indireta	235,77		201,6	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Só deverá ser solicitada em dentes com destruição coronária extensa e cavidade dentária envolvendo as faces oclusal e proximais, com ou sem proteção de cúspide. E quando não houver possibilidade de reabilitação através de restauração direta. Contra-indicado para dentes com núcleo metálico fundido. Radiografias incluídas no procedimento.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
PRÓTESE	85400246	Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)	211,25		148,5	24 meses	> de 14 anos	AS, AI					X			Obrigatório envio de laudo, assinado pelo prestador e pelo beneficiário. Informar tipo de placa (material de confecção), indicação, diagnóstico, tempo de utilização.
PRÓTESE	85400262	Pino pré fabricado	109,06	X	90	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	O pino deve possuir 2/3 do comprimento da raiz ou ser proporcionalmente maior ou igual à coroa que será realizada, ser mantido pelo menos 3mm de material obturador e instalado sobre tratamento endodôntico satisfatório. Radiografias e material de preenchimento incluídas no procedimento.
PRÓTESE	85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	858,78		615,75	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Apenas para dentes anteriores. Limitado a 3 elementos. Deverá ser solicitado pelo dente ausente. Inclui aletas dos dentes adjacentes.
PRÓTESE	85400335	Prótese parcial fixa em metalo-cerâmica	614,70		300	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Lançar por dente (pilares e pânticos). Para reabilitações a partir de 3 elementos. Radiografias incluídas no procedimento. Obrigatório informar dentes ausentes.
PRÓTESE	85400351	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)	590,47		580	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Lançar por dente (pilares e pânticos). Para reabilitações a partir de 3 elementos. Radiografias incluídas no procedimento. Obrigatório informar dentes ausentes.
PRÓTESE	85400360	Prótese-parcial fixa provisória	101,03		70	12 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Lançar por dente (pilares e pânticos). Para reabilitações a partir de 3 elementos. Radiografias incluídas no procedimento. Obrigatório informar dentes ausentes.
PRÓTESE	85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	711,47		610	60 meses	> de 25 anos	AS, AI		X	X		X			Inclui a PPR, encaixes e suas respectivas radiografias. Para remuneração das coroas (pilares), solicitá-las separadamente com o código correspondente. Deverá ser solicitada somente quando os dentes pilares estiverem em condição periodontal adequada. Obrigatório envio de termo de satisfação assinado pelo beneficiário e rx final.
PRÓTESE	85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral	601,66		370	60 meses	> de 25 anos	AS, AI					X			Deverá ser solicitada somente quando os dentes pilares estiverem em condição periodontal adequada. Obrigatório informar os dentes ausentes no termo de satisfação a ser assinado pelo beneficiário.
PRÓTESE	85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	246,03		220	único	> de 25 anos	AS, AI					X			Deverá ser solicitada em casos de exodontias múltiplas e/ou comprometimento estético, previamente a confecção da PPR definitiva, quando houver necessidade de aguardar sua confecção (entre 40 e 90 dias).
PRÓTESE	85400408	Prótese total	556,70		483	60 meses	> de 25 anos	AS, AI					X			Obrigatório envio de termo de satisfação assinado pelo beneficiário.
PRÓTESE	85400416	Prótese total imediata	371,74		330	único	> de 25 anos	AS, AI					X			Indicada para o período de cicatrização e acomodação dos tecidos (90 dias), após exodontias múltiplas e/ou comprometimento estético previamente a confecção da Prótese Total definitiva.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

**ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria**

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudos	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
PRÓTESE	85400424	Prótese total incolor	619,06		483	60 meses	> de 25 anos	AS, AI					X			Obrigatório envio de termo de satisfação assinado pelo beneficiário.
PRÓTESE	85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	138,47		129,8	12 meses	> de 25 anos	AS, AI					X			Deve ser lançado para PPR/PT em que há necessidade de melhor a retenção da prótese. Obrigatório envio de laudo.
PRÓTESE	85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	174,35		129,8	12 meses	> de 25 anos	AS, AI					X			Deve ser lançado para PPR/PT em que há necessidade de melhor a retenção da prótese. Obrigatório envio de laudo.
PRÓTESE	85400505	Remoção de trabalho protético	31,28	X	16,04	único	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Não remunerado para dentes com indicação de exodontia. Radiografias incluídas no procedimento.
PRÓTESE	85400513	Restauração em cerâmica pura - inlay	629,65		360	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Só deverá ser solicitada em dentes com destruição coronária extensa e cavidade dentária envolvendo as faces oclusal e proximais, sem proteção de cúspide. E quando não houver possibilidade de reabilitação através de restauração direta. Contra-indicado para dentes com núcleo metálico fundido. Radiografias incluídas no procedimento.
PRÓTESE	85400521	Restauração em cerâmica pura - onlay	536,45		360	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Só deverá ser solicitada em dentes com destruição coronária extensa e cavidade dentária envolvendo as faces oclusal e proximais, com ou sem proteção de cúspide. E quando não houver possibilidade de reabilitação através de restauração direta. Contra-indicado para dentes com núcleo metálico fundido. Radiografias incluídas no procedimento.
PRÓTESE	85400530	Restauração em cerômero - onlay	326,01		231	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Só deverá ser solicitada em dentes com destruição coronária extensa e cavidade dentária envolvendo as faces oclusal e proximais, com ou sem proteção de cúspide. E quando não houver possibilidade de reabilitação através de restauração direta. Contra-indicado para dentes com núcleo metálico fundido. Radiografias incluídas no procedimento.
PRÓTESE	85400548	Restauração em cerômero - inlay	304,41		231	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Só deverá ser solicitada em dentes com destruição coronária extensa e cavidade dentária envolvendo as faces oclusal e proximais, sem proteção de cúspide. E quando não houver possibilidade de reabilitação através de restauração direta. Contra-indicado para dentes com núcleo metálico fundido. Radiografias incluídas no procedimento.
PRÓTESE	85400556	Restauração metálica fundida	184,52	X	137,7	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	Radiografias incluídas no procedimento. Reabilitação com restauração metálica fundida unitária para dentes permanentes posteriores, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto. Procedimento não autorizado para dentes que apresentam grande destruição coronária e que contraindiquem preparos parciais. Imagem radiográfica final compatível com metal.

Nome Prestador	SulAmérica Odonto - Fortaleza CE
Consultor	Dra. Aline Sarda
Data	27/12/2024

ANEXO 1 : Tabela de Procedimentos com Regras Técnicas de Auditoria

Especialidade	Código TUSS	Nomenclatura	Valor R\$	Rol da ANS	US	Longevidade	Faixa etária	Dente/Região	Face	Rx inicial	Rx final	Imagem	Laudo	Decíduos	Permanentes	Observações gerais
PRÓTESE	85400580	Jig ou Front plato - órtese reposicionadora	17,15		28	único	> de 14 anos	ASAI					X			Deve ser solicitado somente no caso de reabilitação oral extensa. Obrigatório envio de laudo com indicação e plano de tratamento.
PRÓTESE	85400602	Ponto de solda	51,08		40	60 meses	> de 25 anos	por dente							X	Deve ser solicitado somente no caso de reabilitação oral extensa.
PRÓTESE	85400610	Prótese total caracterizada	696,82		544	60 meses	> de 25 anos	AS, AI					X			Obrigatório envio de termo de satisfação assinado pelo beneficiário.
PRÓTESE	98826620	Núcleo de fibra de vidro - carbono	128,73		90	60 meses	> de 14 anos	por dente		X	X				X	O núcleo deve possuir 2/3 do comprimento da raiz ou ser proporcionalmente maior ou igual à coroa que será realizada; ser mantido pelo menos 3mm de material obturador e instalado sobre tratamento endodôntico satisfatório. Radiografias e material de preenchimento incluídas no procedimento.
RADIOLOGIA	81000375	Radiografia interproximal - bite-wing	7,20	X	5,27	6 meses	> de 1 ano	por região: RMD, RPD, RPE, RME		X						Obrigatório envio da(s) radiografia(s).
RADIOLOGIA	81000383	Radiografia oclusal	17,50	X	9,09	6 meses	> de 7 anos	AS, AI					X			Obrigatório envio da(s) radiografia(s).
RADIOLOGIA	81000421	Radiografia Periapical	7,14	X	5,27	6 meses	> de 1 ano	por região: RIS, RCSD, RPSD, RMSD, RCSE, RPSE, RMSE, RII, RCID, RPID, RMID, RCIE, RPIE, RMIE		X						Obrigatório envio da(s) radiografia(s).
URGÊNCIA DIURNA	81000049	Consulta odontológica de Urgência	46,19	X	20,91	1 mês	-	ASAI		X			X			Não remunerado para pacientes em tratamento com o mesmo prestador. Radiografia incluída no procedimento. Este código deverá ser utilizado para todos os casos de urgência que não possuam código de urgência específico descrito nesta tabela. Será necessário o envio de documentação exigida na regra do procedimento principal realizado (por exemplo: raio x inicial e/ou final, laudo, etc.).
URGÊNCIA DIURNA	85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	20,46	X	20,91	1 mês	> de 14 anos	por dente		X					X	Este código pode ser lançado pelo dentista atendente, desde que não seja o mesmo que tenha executado a prótese. Radiografia incluída no procedimento.