



Instruções Técnicas

Sumário

URGÊNCIA	4
DIAGNÓSTICO	5
RADIOLOGIA	5
EXAMES DE LABORATÓRIO	6
PREVENÇÃO	6
ODONTOPEDIATRIA	7
DENTÍSTICA.....	8
ENDODONTIA.....	9
PERIODONTIA	10
PRÓTESE DENTAL	11
CIRURGIA	13
ORTODONTIA.....	15
TRATAMENTO ORTOPÉDICO FUNCIONAL DOS MAXILARES	15
DTM	16
IMPLANTE/PRÓTESE SOBRE IMPLANTE	16

LONGEVIDADE

É a duração mínima dos procedimentos realizados pelo dentista credenciado nos beneficiários. A repetição desses procedimentos, antes do prazo de longevidade, será de responsabilidade do dentista que realizou, sem custo adicional ao beneficiário ou a Operadora. Se a repetição do procedimento for realizada por outro dentista (desde que haja Justificativa Clínica comprovada), a Odontolife autorizará a repetição mas vai realizar o desconto na produção mensal do primeiro dentista, no valor do custo do procedimento refeito.

ODONTOGRAMA

O preenchimento do Odontograma é importante para o plano de tratamento indicado ao beneficiário e será registrada a história clínica do indivíduo. Este formulário é uma ferramenta de identificação indispensável, que permite ao cirurgião-dentista analisar procedimentos realizados e a evolução da saúde bucal do beneficiário. Portanto é necessário manter o Odontograma sempre atualizado.

IMAGENS: As radiografias físicas, cartas de encaminhamento, justificativa, termos de responsabilidade, autorização do paciente ou responsável, laudos, periogramas, entre outras documentações, devem ser anexadas no sistema na guia do beneficiário. A inclusão de imagens e documentos podem ser incluídas através do Aplicativo.

REANÁLISE DE GUIAS

Caso seja verificada divergências em guias solicitadas ou necessidade de informações adicionais, a Odontolife poderá solicitar a qualquer momento (no início, durante e após o tratamento odontológico) informações adicionais, assim como imagens (fotos e rx), justificativas, cartas de esclarecimentos, termos de responsabilidade ao credenciado.

COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS

Para verificar se um procedimentos está ou não na cobertura do beneficiário os procedimentos devem ser lançados no sistema da Operadora.

URGÊNCIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial.	Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.	-	Dente	Único
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial.	Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.	-	Dente	Único
82001022	Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial.	-	-	Dente	Único
82001030	Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial.	-	-	Dente	Único
82001197	Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM).	Justificativa.	Foto inicial	Dente	Único
82001251	Reimplante de Dente com contenção.	-	Foto Inicial na solicitação e foto final no produção (pagamento).	Dente	Único
82001308	Remoção de dreno extraoral.	-	Foto inicial	Dente	Único
82001316	Remoção de dreno intraoral.	-	Foto inicial	Dente	Único
82001499	Sutura de ferida em região bucomaxilofacial.	Trauma nos tecidos moles.	Foto inicial	Dente	Único
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular (ATM).	Justificativa Clínica	Foto inicial na solicitação	Dente	Único
82001650	Tratamento de alveolite.	Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.	-	Dente	Único
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos.	-	Foto inicial	Dente	Único
85100048	Colagem de fragmentos dentários.	-	Foto inicial	Dente	Único
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	Único
85200034	Tratamento em odontalgia aguda.	Mesmo dentista que executar a urgência não poderá solicitar a Endodontia e Curativo de demora em endodontia (85100056).	RX inicial	Dente	Único
85300020	Imobilização dentária em Dentes permanentes.	-	Foto inicial e final	Dente	Único
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo.	Mesmo dentista que executar a urgência não poderá solicitar tratamento periodontal (Raspagem sub-gengival, cirurgia perio-dontal a retalho).	Foto inicial	Dente	Único
85300080	Tratamento de pericoronarite.	Procedimento não será autorizado para mesmo profissional que solicitar a Exodontia/Cirurgia.	Foto inicial	Dente	Único
85400467	Recimentação de trabalho protético.	Mesmo dentista que solicitar a Prótese não poderá solicitar o ato de recimentação.	Foto inicial	Dente	Único

OBSERVAÇÃO

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.

DIAGNÓSTICO					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
81000030	Consulta odontológica.	-	Não	Boca	06 Meses
81000049	Consulta odontológica de urgência.	Solicitar consulta de urgência com o procedimento executado. Não autorizado com consulta inicial ou consulta odontológica. Procedimento não autorizado para paciente em tratamento com o mesmo profissional em período inferior a 06 (seis) meses.	Não	Boca	-
81000057	Consulta odontológica de urgência 24 hs.	Exclusivo para Clínicas credenciadas para urgências 24hrs.	Não	Boca	-
81000065	Consulta odontológica inicial.	Deve ser utilizado apenas na primeira avaliação do beneficiário.	Não	Boca	06 Meses
81000260	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais.	Incluso na Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	Não	Boca	06 Meses
RADIOLOGIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
81000421	RX Periapical.	Autorizada 1 a cada 06 meses	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Região	06 Meses
81000375	RX interproximal-bite-wing.	Autorizada 1 a cada 06 meses. Rx diagnóstico.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Região	06 Meses
81000537	Traçado cefalométrico.	Justificativa Clínica.	-	-	12 Meses
81000308	Modelos ortodônticos.	Justificativa Clínica.	Imagens (fotos) devem estar anexadas no sistema.	Boca	-
81000383	Radiografia oclusal.	Autorizado somente para realização em laboratório de Radiologia.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Arcada	12 Meses
81000367	RX mão e punho - carpal.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Autorizado até 13 anos (idade limite). Necessário justificativa Clínica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	-	12 Meses
81000324	Radiografia antero posterior.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Necessário justificativa Clínica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Boca	12 Meses
81000430	Radiografia postero anterior.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Necessário justificativa Clínica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Boca	12 Meses
81000405	Radiografia panorâmica de Mandíbula/maxila (ortopantomografia).	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Necessário justificativa Clínica. Procedimento autorizado para finalidade cirúrgica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Boca	12 Meses
81000472	Telerradiografia.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Necessário justificativa Clínica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Boca	12 Meses
	Telerradiografia frontal.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Necessário justificativa Clínica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Boca	12 Meses
81000561	Radiografia lateral corpo da mandíbula.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Necessário justificativa Clínica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	-	12 Meses
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula /maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Necessário justificativa Clínica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Boca	12 Meses
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Necessário justificativa Clínica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Boca	12 Meses
81000340	Radiografia de ATM.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Necessário justificativa Clínica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Boca	12 Meses
	Radiografia de ATM 3 posições transcraniana.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Necessário justificativa Clínica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Boca	12 Meses
	Radiografia de ATM 3 posições transfacial.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Necessário justificativa Clínica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Boca	12 Meses
	Radiografia de ATM 6 posições transcraniana /transfacial.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Necessário justificativa Clínica.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Boca	12 Meses
00000348	Documentação ortodôntica "E" - 1 radiografia panorâmica, 1 telerradiografia, 1 traçado cefalométrico, 2 fotos (frente e perfil), modelo de estudo superior e inferior.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Para solicitação de tratamento ortodôntico.	Radiografias, fotos, modelos e traçados devem estar anexados no sistema.	Boca	Único
81000294	Levantamento radiográfico.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Autorizado para tratamento Periodontal.	Imagem radiográfica deve estar anexada no sistema.	Boca	12 Meses

RADIOLOGIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
00000346	Documentação ortodôntica "B" – radiografia panorâmica, telerradiografia, 01 traçado cefalométrico, 05 fotos (frente, perfil e intrabucais), modelo de estudo superior e inferior.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Para solicitação de tratamento ortodôntico.	Radiografias, fotos, modelos e traçados devem estar anexada no sistema.	Boca	Único
00000345	Documentação ortodôntica "A" – radiografia panorâmica, telerradiografia, 01 traçado cefalométrico, 08 fotos (frente, perfil e intrabucais), modelo de estudo superior e inferior.	Ato autorizado somente em laboratório de Radiologia. Para solicitação de tratamento ortodôntico.	Radiografias, fotos, modelos e traçados devem estar anexada no sistema.	Boca	Único
81000529	Tomografia convencional – multidirecional – maxila – especificar região.	–	–	Arcada	12 Meses
81000530	Tomografia convencional – multidirecional – mandíbula – especificar região.	–	–	Boca	12 Meses
81000510	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam-maxila	–	–	Arcada	12 Meses
81000511	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam-mandíbula	–	–	Boca	12 Meses

CRITÉRIOS

1. As radiografias que não estiverem 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) não serão aceitas, podendo o procedimento ser glosado.
2. As radiografias anexadas devem ter a identificação do paciente, número do dente e posicionamento correto se anexados do lado errado, correlação ao ponto de referência, não serão considerados.
3. Não serão aceitas 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. Quando necessário pode ser solicitado até quatro radiografias para diagnóstico a cada 06 meses. Caso seja necessário um número maior, a solicitação deve ser justificada.
5. É obrigatório a todas as Clínicas e Laboratórios Radiológicos, a inserção de imagens (Rx periapical, rx bite wing, levantamento radiográfico, Rx panorâmico, Documentação Ortodôntica), facilitando a equipe técnica e agilizando a comunicação do cirurgião-dentista, beneficiário, laboratórios e Operadora.

EXAMES DE LABORATÓRIO					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial.	Exame laboratório com emissão de laudo. Necessário justificativa Clínica.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	–
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial.	Exame laboratório com emissão de laudo. Necessário justificativa Clínica.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	–
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial.	Exame laboratório com emissão de laudo. Necessário justificativa Clínica.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	–
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilofacial.	Exame laboratório com emissão de laudo. Necessário justificativa Clínica.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	–
84000244	Teste de fluxo salivar.	Necessário justificativa Clínica. Autorizado para crianças até 07 (sete) anos.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	Único
84000252	Teste de PH salivar.	Necessário justificativa Clínica. Autorizado para crianças até 07 (sete) anos.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	Único
PREVENÇÃO					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
84000198	Profilaxia:polimento coronário(com jato de bicarbonato e ultrassom – para maiores de 13 anos).	Indicado para maiores de 13 anos. Profilaxia: polimento coronário, com o uso de ultrassom, remoção de tártaro supragengival, jato de bicarbonato ou pasta profilática. Incluso atividade educativa, controle de biofilme, raspagem supragengival, aplicação tópica de flúor e orientação de higiene.	Não	Hemiarcada	6 Meses
84000090	Aplicação tópica de flúor.	Autorizado para menores de 13 anos. Incluso a profilaxia com pasta profilática, taças e escovas. Incluso a profilaxia, atividade educativa, controle de biofilme e orientação de higiene.	Não	Boca	6 Meses
84000139	Atividade educativa em saúde bucal.	Procedimento incluso na Profilaxia, Aplicação tópica de flúor, raspagem supragengival, raspagem subgengival, consulta odontológica, consulta odontológica inicial.	–	–	–
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana).	Procedimento incluso na Profilaxia, Aplicação tópica de flúor, consulta odontológica, consulta odontológica inicial.	–	–	–
84000171	Controle de cárie incipiente.	Procedimento incluso na Profilaxia, Aplicação tópica de flúor, consulta odontológica, consulta odontológica inicial.	–	Usuário	–
85300055	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana).	Procedimento incluso na Profilaxia, Aplicação tópica de flúor, raspagem supra gengival e raspagem subgengival.	–	Boca	–
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.	Incluso na Profilaxia, Aplicação tópica de flúor, Raspagem supra gengival, raspagem subgengival, Consulta odontológica, Consulta odontológica inicial.	–	Boca	–
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores.	Incluso na Profilaxia, Aplicação tópica de flúor, Raspagem supra gengival, raspagem subgengival, Consulta odontológica, Consulta odontológica inicial.	–	Usuário	–

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.

ODONTOPEDIATRIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras.	Para dentes decíduos posteriores (molares) até 07 anos. Para Dentes Permanentes posteriores (molares e pré-molares) até 12 anos.	Não	Dente	Único
81000014	Condicionamento em odontologia.	O procedimento será pago por sessão. Autorizado para crianças menores de 07 (sete) anos.	Não	Boca	3 Sessões no Máximo
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.	Apenas para Odontopediatras.	Carta de Autorização dos pais anexado para Produção	Usuário	Único
83000020	Coroa de acetato em Dente decíduo.	Dentes anteriores decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para menores de 07 anos.	Enviar rx inicial na solicitação e Enviar rx e foto Final na produção.	Dente	Único
83000046	Coroa de aço em Dente decíduo.	Molares decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para menores de 07 anos.	Enviar rx inicial na solicitação e Enviar rx Final na produção.	Dente	Único
83000062	Coroa de policarbonato em Dente decíduo.	Dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para menores de 07 anos.	Enviar rx inicial na solicitação e Enviar rx e foto Final na produção.	Dente	Único
83000089	Exodontia simples de decíduos.	–	Não	Dente	Único
83000097	Mantenedor de espaço fixo.	Enviar rx inicial. Necessário Justificativa clínica. Para Odontopediatria até 12 anos.	Enviar rx inicial na solicitação. Enviar na produção foto com o mantenedor instalado.	Arcada	Único
83000100	Mantenedor de espaço removível.	Enviar rx inicial. Necessário Justificativa clínica. Para Odontopediatria até 12 anos.	Enviar rx inicial na solicitação. Enviar na produção foto com o mantenedor instalado.	Arcada	Único
83000127	Pulpotomia em Dente decíduo.	Em Dentes decíduos que estiverem esfolando deverá ser solicitado o procedimento de Exodontia simples de decíduo.	RX Inicial	Dente	Único
83000135	Restauração atraumática em decíduo.	Somente para dentes decíduos. Para menores de 07 (sete) anos.	Foto Inicial e Final	Dente	24 Meses
83000151	Tratamento endodôntico em decíduos.	Em Dentes decíduos que estiverem esfolando deverá ser solicitado o procedimento de Exodontia simples de decíduo.	RX Inicial	Dente	Único
84000031	Aplicação de cariotático.	Para Odontopediatria. Para menores de 07 (sete) anos. Necessário justificativa clínica.	Não	Boca	Único
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva.	Para dentes decíduos posteriores (molares) até 07 anos. Para Dentes Permanentes posteriores (molares e pré-molares) até 12 anos.	Não	Dente	Único
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado.	Não autorizado com procedimento de remineralização, Aplicação Tópica de Flúor e Dessensibilização Dentária. Idade limite até 12 anos. Necessário justificativa clínica.	Foto Inicial na solicitação.	Boca	12 Meses
84000201	Remineralização.	Será autorizado até 12 anos quando comprovado processo de desmineralização em estágio inicial (lesão branca). Não autorizado com os procedimentos de Dessensibilização Dentária, Aplicação Tópica de Flúor e Aplicação tópica de verniz fluoretado.	Foto Inicial	Boca	12 Meses
85100080	Restauração atraumática em Dente permanente.	Somente para pacientes até 07(sete)anos.	Foto Inicial e Final	Dente	24 Meses
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face (até 12 anos).	Autorizado como procedimento restaurador definitivo. Para Odontopediatria, com idade limite até 12 anos.	-	Dente	24 Meses
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces (até 12 anos).	Autorizado como procedimento restaurador definitivo. Para Odontopediatria, com idade limite até 12 anos.	-	Dente	24 Meses
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces (até 12 anos).	Autorizado como procedimento restaurador definitivo. Para Odontopediatria, com idade limite até 12 anos.	-	Dente	24 Meses
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces (até 12 anos).	Autorizado como procedimento restaurador definitivo. Para Odontopediatria, com idade limite até 12 anos.	-	Dente	24 Meses
85100234	Tratamento de fluorose - microabrasão.	Necessário justificativa Clínica e informar técnica a ser utilizada.	Foto Inicial na solicitação Foto final na produção.	Arcada	Único
85200042	Pulpotomia.	Não autorizado para Dentes permanentes.	RX Inicial	Dente	Único
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais.	Necessário justificativa clínica.	Não	Boca	–
87000040	Coroa de acetato em Dente permanente.	Dentes anteriores não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para Odontopediatria com idade limite até 12 anos. Não remunerado com solicitações de restaurações e Próteses.	Foto Inicial na solicitação Foto final na produção.	Dente	Único
87000059	Coroa de aço em Dente permanente.	Dentes posteriores não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para Odontopediatria com idade limite até 12 anos. Não remunerado com solicitações de restaurações e Próteses.	Foto Inicial na solicitação Foto final na produção.	Dente	Único
87000067	Coroa de policarbonato em Dente permanente.	Dentes anteriores não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para Odontopediatria com idade limite até 12 anos. Não remunerado com solicitações de restaurações e Próteses.	Foto Inicial na solicitação Foto final na produção.	Dente	Único
87000148	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia.	Necessário justificativa clínica.	Carta de Autorização dos pais anexado para Produção	Usuário	Único

OBSERVAÇÕES:

*Não solicitamos a comprovação de exodontia de decíduos por imagens, mas se o dentista ou laboratório radiológico, anexar imagens e ficar comprovado que o dente está ausente será feita - Glosa 1433 - Procedimento Não Autorizado dentes ausentes - sem direito a recurso de glosa.

** O Rx ou foto final dos procedimentos deve ser realizado com o procedimento finalizado. Não serão aceitas imagens intermediárias como final.

DENTÍSTICA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
85100021	Clareamento dentário caseiro.	–	–	Arcada	–
85100030	Clareamento dentário de consultório.	–	–	Dente	–
85100031	Clareamento a laser.	–	–	Arcada	–
85100032	Complemento de clareamento a laser	–	–	Boca	–
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável.	Somente para Dentes anteriores. Não está indicado para finalidade estética. Necessário envio de foto inicial na solicitação.	Foto Inicial e Final	Dente	24 Meses
85100072	Placa de acetato para clareamento caseiro.	Justificativa Clínica.	Foto Final	Arcada	24 Meses
85100099	Restauração amálgama 1 face.	Necessário envio de imagem inicial (foto ou rx) para restauração em dente posterior com envolvimento de face proximal. Incluso na restauração a remoção do tercido cariado/ restauração, forramento, ajuste oclusal e polimento.	Imagem inicial (foto ou Rx) na produção quando solicitação for em dente posterior com envolvimento de face proximal.	Dente	24 Meses
85100102	Restauração amálgama 2 faces.	Necessário envio de imagem inicial (foto ou rx) para restauração em dente posterior com envolvimento de face proximal. Incluso na restauração a remoção do tercido cariado/restauração, forramento, ajuste oclusal e polimento.	Imagem inicial (foto ou Rx) na produção quando solicitação for em dente posterior com envolvimento de face proximal.	Dente	24 Meses
85100110	Restauração amálgama 3 faces.	Necessário envio de imagem inicial (foto ou rx) para restauração em dente posterior com envolvimento de face proximal. Incluso na restauração a remoção do tercido cariado/restauração, forramento, ajuste oclusal e polimento.	Imagem inicial (foto ou Rx) na produção quando solicitação for em dente posterior com envolvimento de face proximal.	Dente	24 Meses
85100129	Restauração amálgama 4 faces.	Necessário envio de imagem inicial (foto ou rx) para restauração em dente posterior com envolvimento de face proximal. Incluso na restauração a remoção do tercido cariado/restauração, forramento, ajuste oclusal e polimento.	Imagem inicial (foto ou Rx) na produção quando solicitação for em dente posterior com envolvimento de face proximal.	Dente	24 Meses
85100170	Restauração em resina (indireta) - Inlay	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 4 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial na solicitação e Foto Final na produção.	Dente	60 Meses
85100188	Restauração em resina (indireta) - Onlay	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 4 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial na solicitação e Foto Final na produção.	Dente	60 Meses
85100196	Restauração resina fotopolimerizável 1 face.	Necessário envio de imagem inicial (foto ou rx) para restauração em dente posterior com envolvimento de face proximal. Incluso na restauração a remoção do tercido cariado/restauração, forramento, ajuste oclusal e polimento.	Imagem inicial (foto ou Rx) na produção quando solicitação for em dente posterior com envolvimento de face proximal.	Dente	24 Meses
85100200	Restauração resina fotopolimerizável 2 faces.	Necessário envio de imagem inicial (foto ou rx) para restauração em dente posterior com envolvimento de face proximal. Incluso na restauração a remoção do tercido cariado/restauração, forramento, ajuste oclusal e polimento.	Imagem inicial (foto ou Rx) na produção quando solicitação for em dente posterior com envolvimento de face proximal.	Dente	24 Meses
85100218	Restauração resina fotopolimerizável 3 faces.	Necessário envio de imagem inicial (foto ou rx) para restauração em dente posterior com envolvimento de face proximal. Incluso na restauração a remoção do tercido cariado/restauração, forramento, ajuste oclusal e polimento.	Imagem inicial (foto ou Rx) na produção quando solicitação for em dente posterior com envolvimento de face proximal.	Dente	24 Meses
85200085	Restauração temporária/tratamento expectante.	Restauração definitiva deve ser solicitada após período de 45 dias.	RX Inicial	Dente	45 Dias
85400017	Ajuste oclusal por acréscimo.	Justificativa Clínica.	–	Boca	–
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo.	Justificativa Clínica.	–	Boca	–
85400262	Pino pré fabricado.	Não é autorizado com procedimento restaurador direto.	RX Inicial na solicitação e rx final na produção.	Dente	–

CRITÉRIOS

- Os procedimentos restauradores referem-se a cada restauração de acordo com o numero de faces envolvidos, independente se estão separadas ou não. Já estão inclusas nas restaurações os valores correspondentes a remoção do tecido cariado/restauração fraturada, forramento, polimento e ajuste oclusal. Os procedimentos de restauração em resina fotopolimerizável, ionômero e e amálgama são para dentes naturais.
- Os procedimentos 85400211 - Núcleo de preenchimento e 85400262 – Pino pré-fabricado não são autorizados com procedimento restaurador direto (restauração de resina fotopolimerizável, amálgama e ionômero).
- 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.
- A Operadora pode solicitar fotos finais de restaurações, em casos de divergências clínicas, para comprovação de procedimentos.

5. A Operadora pode solicitar a qualquer momento (no início, no meio e/ou no final do tratamento) informações adicionais assim como: imagens (foto ou rx), laudos, esclarecimentos, justificativas ou qualquer outra informação necessária referente ao atendimento dos beneficiários.

6. As imagens devem estar corretamente anexadas (correto posicionamento da película radiográfica ou foto) e devem permitir a análise dos procedimentos solicitados. Dentes com imagens anexadas de forma incorreta ou sem condições de análise são passíveis de glosa.

ENDODONTIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
85200018	Clareamento de dente desvitalizado.	Quantidade de sessões necessárias (independente do número) para clareamento estão incluídas no procedimento.	RX e Foto Inicial na solicitação. Foto final na produção.	Dente	Único
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal.	Incluído no Tratamento e Retratamento Endodôntico.	RX Inicial/Final	Dente	Único
85200069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico.	Incluído no Retratamento Endodôntico.	-	Dente	-
85200093	Retratamento endodôntico birradicular.	RX final obrigatoriamente com canais dissociados.	RX Inicial e Rx Final (rx final deve apresentar os condutos dissociados).	Dente	Único
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular.	RX final obrigatoriamente com canais dissociados.	RX Inicial e Rx Final (rx final deve apresentar os condutos dissociados).	Dente	Único
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular.	-	RX Inicial/Final	Dente	Único
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica.	Comprovar radiograficamente a perfuração. Colocar o material utilizado nas Observações clínicas da guia.	RX Inicial/Final	Dente	Único
85200131	Tratamento endodôntico de Dente com rizogênese incompleta.	Indicação endodôntica e ápice aberto. Necessita envio da imagem radiográfica inicial e final.	RX Inicial/Final	Dente	Único
85200140	Tratamento endodôntico birradicular.	RX final deve comprovar os canais dissociados.	RX Inicial e Rx Final (rx final deve apresentar os condutos dissociados).	Dente	Único
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular.	RX final deve comprovar os canais dissociados.	RX Inicial e Rx Final (rx final deve apresentar os condutos dissociados).	Dente	Único
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular.	-	RX Inicial/Final	Dente	Único

CRITÉRIOS

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 ter seu pagamento glosado. Exceções. As Endodontias são analisadas na Produção (Rx inicial e Final), as radiografias de Odontometria não serão aceitas como RX inicial. RX 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 Operadora 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: Sobreobturação 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 RX intermediário para constatar a remoção do material obturador. Nos Retratamento Endodôntico não serão aceitos como rx inicial imagens que apresentem lima no interior do conduto.

PERIODONTIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de tratamento via conduto não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitações de apicetomia para o mesmo Dente.	RX Inicial/Final	Dente	Único
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de tratamento via conduto não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitações de apicetomia para o mesmo Dente.	RX Inicial/Final	Dente	Único
82000212	Aumento de coroa clínica.	Invasão do espaço biológico pela cárie ou fratura. Procedimento não poderá ser solicitado junto com Cirurgia periodontal a retalho, e Cirurgia odontológica a retalho, gengivectomia e Gengivoplastia.	RX Inicial na solicitação e Rx Final na produção.	Dente	12 meses
82000336	Cirurgia odontológica a retalho.	-	RX Panorâmico ou Levantamento Radiográfico na solicitação.	Segmento	12 meses
82000344	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos.	-	-	Arcada	-
82000417	Cirurgia periodontal a retalho.	Indicação para bolsas periodontais acima de 5 mm. Indicado para maiores de 18 anos. Ver critérios.	RX Panorâmico ou Levantamento Radiográfico na solicitação.	Segmento	12 meses
82000557	Cunha proximal.	Autorizado somente para terceiros molares. Incluso no ato de Exodontia/cirurgia.	Foto Inicial	Hemi Arcada	Único
82000646	Enxerto conjunto subepitelial.	Necessário justificativa e informações técnicas (técnica a ser utilizada e área doadora).	Foto Inicial na solicitação e Foto Final na produção.	Segmento	Único
82000662	Enxerto gengival livre.	Necessário justificativa e informações técnicas (técnica a ser utilizada e área doadora).	Foto Inicial na solicitação e Foto Final na produção.	Segmento	Único
82000689	Enxerto pediculado.	Necessário justificativa e informações técnicas (técnica a ser utilizada e área doadora).	Foto Inicial na solicitação e Foto Final na produção.	Segmento	Único
82000690	Cirurgia de enxerto com osso homólogo (banco de ossos) - ato cirúrgico	-	-	-	-
82000921	Gengivectomia.	Necessário justificativa clínica. Não remunerado com os procedimentos de gengivoplastia, aumento de coroa clínica, ulotomia e ulectomia.	Foto Inicial na solicitação.	Segmento	Único
82000948	Gengivoplastia.	Necessário justificativa clínica. Não remunerado com os procedimentos de gengivectomia, aumento de coroa clínica, ulotomia e ulectomia.	Foto Inicial na solicitação.	Segmento	Único
82001049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno.	-	-	Segmento	-
82001057	Levantamento do seio maxilar com osso homólogo.	-	-	Segmento	-
82001065	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado.	-	-	Segmento	-
82001464	Sepultamento radicular.	Justificativa Clínica.	RX Inicial na solicitação e Rx final na produção.	Hemiarcada	Único
82001649	Tratamento odontológico regenerativo com enxerto de osso autógeno.	-	-	Boca	-
82001685	Tunelização.	Indicação de perda óssea (mais de 50%) e furca graus II e III	RX Inicial	Arcada	12 Meses
85300012	Dessensibilização dentária.	Autorizado para maiores de 18 anos, justificativa nas Observações clínicas para a Produção.	Foto Inicial	Dente	12 Meses
85300039	Raspagem subgengival/alisamento radicular.	Raspagem subgengival necessita de preenchimento do periograma (formulário disponível no site) que deve ser preenchido e anexado no sistema. Está incluso a Profilaxia e Raspagem supra gengival. Indicado para maiores de 18 anos.	Periograma preenchido na produção	Hemiarcada	6 Meses
85300047	Raspagem supragengival.	Incluso na Profilaxia, raspagem subgengival. Indicado para maiores de 18 anos.	-	Hemiarcada	6 Meses
85300071	Tratamento e gengivite necrosante aguda.	Incluso a Profilaxia, Raspagem supra gengival e Raspagem sub-gengival. Não remunerado com procedimentos de cirurgia periodontal. Indicado para maiores de 18 anos.	Enviar RX e Foto Inicial	Boca	12 Meses
85400270	Placa oclusal resiliente.	Justificativa para a solicitação.	Foto Inicial e Final com a Placa Oclusal Instalada	Boca	Único

CRITÉRIOS

1. Incluídos à Cirurgia periodontal a retalho: 84000198 – Profilaxia: 85300047 – Raspagem supragengival, 85300039 – Raspagem subgengival, 82000921 – Gengivectomia, 82000948 – Gengivoplastia, 82000212 – Aumento de coroa clínica sepultamento radicular (82001464). Cirurgia odontológica a retalho (82000336).

2. Os códigos 82000662 - Enxerto gengival livre, 82000689 - Enxerto pediculado e 00000293 - Enxerto gengival livre não podem ser solicitados com Cirurgia periodontal a retalho (82000417), Cirurgia odontológica a retalho (82000336), gengivectomia (82000921) e gengivoplastia (82000948) e aumento de coroa clínica (82000212).

PRÓTESE DENTAL					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
85400572	Coroa 3/4.	-	RX Inicial/Final	Dente	Único
85400572	Coroa 4/5.	-	Foto Inicial/Final	Dente	60 meses
00004301	Prótese total personalizada	-	RX Inicial na solicitação e Enviar Foto Final com a prótese instalada.	Arcada	60 meses
85400580	Jig ou front plato.	Ato incluso nos procedimentos de prótese e/ou reabilitações.	-	-	-
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular.	Autorizada na presença de Retratamento endodôntico ou protético. Não pode ser solicitado com Remoção de trabalho protético.	RX Inicial	Dente	-
85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório).	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.	Foto Inicial na solicitação e Foto final na produção.	Arcada	Único
85400041	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório).	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.	-	-	-
85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório).	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.	Foto Inicial na solicitação e Foto final na produção.	Arcada	Único
85400068	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório).	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.	Foto Inicial na solicitação e Foto final na produção.	Arcada	Único
85400076	Coroa provisória com pino.	Ver critérios.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400084	Coroa provisória sem pino.	Ver critérios.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400092	Coroa total acrílica prensada.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400106	Coroa total em cerâmica pura.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400114	Coroa total em cerômero.	Autorizado para Dentes anteriores de canino a canino permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400149	Coroa total metálica.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial na solicitação. Rx final na produção.	Dente	60 meses
85400157	Coroa total metalocerâmica.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400165	Coroa total metaloplástica - cerômero.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400173	Coroa total metaloplástica - resina acrílica.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400181	Faceta em cerâmica pura.	Indicado para Dentes anteriores.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400190	Faceta em cerômero.	Indicado para Dentes anteriores.	Foto Inicial e Final	Dente	60 meses
85400203	Guia cirúrgico para prótese total imediata.	-	-	Arcada	60 meses
85400211	Núcleo de preenchimento.	Autorizado somente para Inlay/Onlay. Não autorizado para procedimentos de restauração direta e coroas.	RX Inicial e Final	Dente	60 meses
85400220	Núcleo metálico fundido.	Ver critérios.	RX Inicial na solicitação. Rx final na produção.	Dente	60 meses
85400238	Onlay de resina indireta.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 4 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 meses
85400289	Prótese fixa adesiva direta (provisória).	Solicitação limitada a 4 elementos. Indicado para reabilitação com prótese fixa adesiva.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	36 meses
85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalocerâmica.	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400319	Prótese fixa adesiva indireta em metaloplástica.	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400335	Prótese parcial fixa em metalocerâmica.	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400343	Prótese parcial fixa em metaloplástica.	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400351	Prótese parcial fixa em ceran livre de metal (metal free).	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Dente	60 meses
85400360	Prótese parcial fixa provisória.	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial na solicitação. Rx final e Foto Final na produção	Segmento	60 meses

PRÓTESE DENTAL					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semiprecisão.	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares, sua inclinação.	Rx Panorâmico na solicitação. Foto final com a PPR instalada.	Arcada	60 meses
85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral.	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares, sua inclinação.	Rx Panorâmico na solicitação. Foto final com a PPR instalada.	Arcada	60 meses
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos.	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares, sua inclinação.	Rx Panorâmico na solicitação. Foto final com a PPR instalada.	Arcada	60 meses
85400408	Prótese total.	Paciente deve apresentar ausência de todos os dentes na arcada solicitada.	Rx inicial (panorâmico) na solicitação e Foto Final com a prótese instalada.	Arcada	60 meses
85400416	Prótese total Imediata	-	Rx inicial (panorâmico) na solicitação e Foto Final com a prótese instalada.	Arcada	60 meses
85400424	Prótese total Lincoler.	Paciente deve apresentar ausência de todos os dentes na arcada solicitada.	Rx inicial (panorâmico) na solicitação e Foto Final com a prótese instalada.	Arcada	60 meses
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório).	Incluso no procedimento de prótese total ou parcial.	--	Arcada	
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório).	Incluso no procedimento de prótese total ou parcial.	--	Arcada	
85400505	Remoção de trabalho protético.	Autorizada na presença de Retratamento endodôntico ou protético. Não pode ser solicitado com Remoção de núcleo intrarradicular.	Rx inicial	Dente	-
85400513	Restauração em cerâmica pura - Inlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 04 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	Rx inicial e foto final	Dente	60 meses
85400521	Restauração em cerâmica pura - Onlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 04 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	Rx inicial e foto final	Dente6	0 meses
85400521	Restauração em cerâmico - Inlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 04 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	Rx inicial e foto final	Dente6	0 meses
85400556	Restauração metálica fundida.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 04 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	Rx Inicial na solicitação e Rx final na produção.	Dente6	0 meses

CRITÉRIOS

- 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 pñóticos.
- 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. Nos procedimentos 85400408 – Prótese Total, 85400424 - Prótese total incolor e 85400416 - Prótese total imediata já está incluído o procedimento de Colocação de Dentes em prótese(total ou parcial).

8. A Operadora pode solicitar a qualquer momento (no início, no meio e/ou no final do tratamento) informações adicionais assim como: imagens (foto ou rx), laudos, esclarecimentos, justificativas ou qualquer outra informação necessária referente ao atendimento dos beneficiários.

9. As imagens devem estar corretamente anexadas (correto posicionamento da película radiográfica ou foto) e devem permitir a análise dos procedimentos solicitados. Dentes com imagens anexadas de forma incorreta ou sem condições de análise são passíveis de glosa.

CIRURGIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
82000875	Exodontia simples de permanente.	-	Não	Dente	Única
82001154	Sulcoplastia p/arcada c/remoção de hiperplasia / re-construção sulcogengivolabial	Procedimento com finalidade pré-protética. Necessária a justificativa clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto na produção.	Arcada	-
00005830	Correção de brida muscular	Procedimento com finalidade pré-protética. Necessária a justificativa clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto na produção.	Arcada	-
00005840	Alveolotomia (por Hemiarcada).	Incluso na Exodontia/cirurgia.	-	Hemi Arcada	-
00005850	Cirurgia para correção de tuberosidade.	Necessária justificativa Clínica.	Rx Inicial	Arcada	Único
85200182	Curetagem apical (cirurgia de granuloma e 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 e final	Dente	Único
82000034	Alveoloplastia.	Incluso no procedimento de Exodontia/cirurgia.	-	Segmento	-
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	Rx Inicial e final	Dente	Único
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	Rx Inicial e final	Dente	Único
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	Rx Inicial e final	Dente	Único
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	Rx Inicial e final	Dente	Único
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	Rx Inicial e final	Dente	Único
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	Rx Inicial e final	Dente	Único
82000190	Aprofundamento / aumento de vestibulo.	Procedimento com finalidade pré-protético. Necessária justificativa clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final da produção.	Arcada	-
82000239	Biópsia de Boca	Justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final (pós biópsia na produção).	Boca	Único
82000247	Biópsia de glândula salivar.	Justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final (pós biópsia na produção).	Boca	Único
82000255	Biópsia de lábio.	Justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final (pós biópsia na produção).	Boca	Único
82000263	Biópsia de língua.	Justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final (pós biópsia na produção).	Boca	Único
82000271	Biópsia de Mandíbula.	Justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final (pós biópsia na produção).	Boca	Único
82000280	Biópsia de Maxila	Justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final (pós biópsia na produção).	Boca	Único
82000298	Bridectomia.	Procedimento com finalidade pré-protético. Necessária justificativa clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final.	Hemi-arcada	Único
82000301	Bridotomia.	Procedimento com finalidade pré-protético. Necessária justificativa clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final.	Hemi-arcada	Único
82000352	Cirurgia para exostose maxilar.	Justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final da produção.	Segmento	Único
82000360	Cirurgia para tórus mandibular - bilateral.	Justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final da produção.	Arcada	Único
82000387	Cirurgia para tórus mandibular - unilateral.	Justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final da produção.	Arcada	Único
82000395	Cirurgia para tórus palatino.	Justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final da produção.	Segmento	Único
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomopatológico).	Boca	Único
82000743	Exérese de lipoma na região bucomaxilofacial.	Necessário justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final da produção.	Boca	Único
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar.	Necessário justificativa Clínica e informar a região.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final da produção.	Arcada	Único

CIRURGIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos.	Necessário justificativa Clínica.	Rx panorâmico na solicitação.	Dente	Único
82000794	Exérese ou excisão de mucocele.	Necessário justificativa Clínica e informar a região.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final da produção.	Arcada	Único
82000808	Exérese ou excisão de rânula.	Necessário justificativa Clínica e informar a região.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final da produção.	Arcada	Único
82000816	Exodontia a retalho.	-	Não	Dente	Único
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética.	Anexar carta do Ortodontista.	Anexar carta do Ortodontista.	Dente	Única
82000859	Exodontia de raiz residual.	-	Não	Dente	Única
82000883	Frenulectomia labial.	Necessário justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final na produção.	Boca	Única
82000891	Frenulectomia lingual.	Necessário justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final na produção.	Boca	Único
82000905	Frenulotomia labial.	Necessário justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final na produção.	Boca	Único
82000913	Frenulotomia lingual.	Necessário justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final na produção.	Boca	Único
82001103	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial.	Necessário justificativa Clínica.	Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomopatológico)	Boca	-
82001120	Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial.	Necessário justificativa Clínica.	Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomopatológico)	Boca	-
82001154	Reconstrução sulco gengivolabial.	Procedimento pré-protético. Necessário justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final na produção.	Arcada	-
82001170	Redução cruenta de fraturas alveolodentárias.	Necessário justificativa Clínica.	RX inicial.	Arcada	Único
82001189	Redução incruenta de fraturas alveolodentárias.	Necessário justificativa Clínica.	RX inicial.	Arcada	Único
82001219	Reeducação e/ou reabilitação de distúrbio bucomaxilofacial.	-	-	Boca	-
82001286	Remoção de Dentes inclusos/impactados.	Elemento deve estar totalmente intra ósseo e impactado (enviar rx inicial).	RX Panorâmico inicial na produção	Dente	Único
82001294	Remoção de Dentes semi-inclusos/impactados.	Elemento deve estar parcialmente intra ósseo e impactado (enviar rx inicial).	RX Panorâmico inicial na produção	Dente	Único
82001367	Remoção de odontoma.	Necessário justificativa Clínica.	RX inicial.	Segmento	Único
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal.	Necessário justificativa Clínica.	RX Inicial na solicitação e Rx Final na produção.	Dente	Único
82001413	Retirada de corpo estranho sub-cutâneo ou sub-mucoso região bucomaxilofacial.	Necessário justificativa Clínica.	RX Inicial na solicitação e Rx Final na produção.	Arcada	-
82001430	Retirada dos meios de fixação da região bucomaxilofacial.	-	-	Arcada	-
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.	Necessário justificativa Clínica.	RX Inicial na solicitação Enviar foto final na produção.	Arcada	Único
82001510	Tratamento cirúrgico de fistula buconasais.	Necessário justificativa Clínica.	RX inicial.	Arcada	Único
82001529	Tratamento cirúrgico de fistula bucosinusais.	Necessário justificativa Clínica.	RX inicial.	AS/AI	Único
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco- maxilofacial.	Procedimento com finalidade pré-protética. Necessário justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação. Enviar foto final na produção.	Hemi-Arcada	-
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasia de tecidos moles da região bucomaxilofacial.	Necessário justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação.	Boca	Único
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial.	Necessário justificativa Clínica.	Rx inicial na solicitação.	Boca	Único
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilaginosos na região bucomaxilofacial.	Necessário justificativa Clínica.	Rx inicial na solicitação.	Boca	Único
82001618	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles da região bucomaxilofacial.	Necessário justificativa Clínica.	Enviar foto inicial na solicitação.	Boca	Único
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores benignos odontogênicos - sem reconstrução.	Necessário justificativa Clínica.	Enviar RX e foto inicial na solicitação.	Arcada	Único
82001707	Ulectomia.	Indicação para Dentes em fase de erupção com hipertrofia mucogengival. Não remunerado com ulotomia, gengivectomia, gengivoplastia, exodontia, aumento de coroa clínica e cunha proximal.	Enviar foto inicial na solicitação.	Dente	Único
82001715	Ulotomia.	Indicação para Dentes em fase de erupção com hipertrofia mucogengival. Não remunerado com ulectomia, gengivectomia, gengivoplastia, exodontia, aumento de coroa clínica e cunha proximal.	Enviar foto inicial na solicitação.	Dente	Único

CRITÉRIOS

1. Para a cobrança do laudo laboratorial, solicitar o código 81000138 – Diagnóstico anatomopatológico de biópsia da região bucomaxilofacial. Para os procedimentos acima serem reembolsados, anexar laudo laboratorial (anatomopatológico) através do aplicativo, para análise na Produção.
2. Os procedimentos 82000786 – Exérese ou excisão de cistos, 82001510 - Tratamento cirúrgico de fístula buconasal e 82001529 – Tratamento cirúrgico das fistulas bucosinusais possuem sua cobertura prevista no Rol de procedimentos desde que a extensão da lesão permita a realização em ambiente ambulatorial.
3. Nos procedimentos cirúrgicos já estão inclusos planejamento cirúrgico, orientações pré, trans e pós operatórias, execução da técnica operatória (realização do procedimento), sutura, remoção de sutura e preservação.

ORTODONTIA E TRATAMENTO ORTOPÉDICO FUNCIONAL DOS MAXILARES					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
86000098	Aparelho ortodôntico fixo metálico.	Ortodontia interceptativa. Aparelho está incluso no tratamento ortodôntico.	--	Arcada	
86000144	Arco lingual.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	Arcada	-
86000152	Barra traspalatina fixa	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	Arcada	-
86000160	Barra traspalatina removível.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	--	
86000187	Bloco germinado de Clark - Twinblock.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	--	
86000195	Botão de Nance.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	Arcada	-
86000209	Contenção fixa - por arcada.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	Arcada	-
86000250	Distalizador de Hilgers.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	--	
86000306	Gianelly.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	--	
86000314	Grade palatina fixa.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	Arcada	-
86000322	Grade palatina removível.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	Arcada	-
86000330	Herpst encapsulado.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	-	-
86000462	Placa de hawley.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	--	
86000470	Placa de hawley com torno expensor.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	Arcada	-
86000535	Placa lábio ativa.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	Boca	-
86000560	Quadrielle.	Ortodontia interceptativa. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	Arcada	-
00008500	Aparelho ortopédico funcional.	Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	Boca	-
86000345	Manutenção aparelho ortopédico funcional.	--		--	
00006239	Dispositivos Auxiliares.	Utilização de aparelhos auxiliares em tratamentos ortodônticos. Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	-	Boca	-
86000608	Contenção móvel (superior ou inferior) ou aparelhos móveis simples.	Em casos cobertos, já incluso nas manutenções do tratamento ortodôntico.	Foto final (com contenção instalada)	--	
86000209	Contenção anteroinferior 3x3.	Em caso de cobertura, está incluso no tratamento ortodôntico realizado.	Foto final (com contenção instalada)	Arcada	-
86000357	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	Necessário envio do planejamento ortodôntico. Autorizada 01 manutenção no mês.	-	Boca	-
00006150	Ortouniplan E	Manutenção do aparelho fixo metálico. Autorizada 01 manutenção no mês.	-	Boca	-
86000551	Plano inclinado.	Necessário envio do planejamento ortodôntico. Idade limite até 12 (doze) anos.	Foto final (com aparelho/dispositivo instalado)	Arcada	-

CRITÉRIOS

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 SAD – 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.

DTM					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
85400246	Órtese mio-relaxante.	Justificativa clínica para solicitação.	Foto Inicial na solicitação e Foto Final com a Placa instalada na produção.	Boca	Único
85400254	Órtese reposicionadora.	Justificativa clínica para solicitação.	Foto Inicial na solicitação e Foto Final com a Placa instalada na produção.	Boca	Único
IMPLANTE/PRÓTESE SOBRE IMPLANTE					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	COMPROVAÇÃO	REGIÃO	LONGEVIDADE
82000980	Reabilitação unitária 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 na solicitação e rx final na produção.	Dente	-
00005006	Coroa provisória sobre implante.	-	Rx inicial na solicitação e Rx e foto final na produção.	-	-
82000964	Implante ortodôntico (mini-implante ortodôntico para ancoragem).	Cilindro poderá ser cobrado a parte.	Rx inicial na solicitação e rx final na produção.	-	-
82000980	Implante ósseo integrado - ato cirúrgico.	Cilindro poderá ser cobrado a parte.	Rx inicial na solicitação e rx final na produção.	Dente	-
82001138	Reabertura - colocação de cicatrizador(ato cirúrgico).	Colocação de cicatrizador é para o ato cirúrgico. Quando o procedimento for coberto estará incluso no procedimento 82000980 – Implante ósseo integrado.	-	Dente	-
85400122	Coroa total livre de metal(metal free) sobre implante - cerâmica.	-	Rx inicial na solicitação e Rx e foto final na produção.	Dente	-
85400297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free).	-	Rx inicial na solicitação e Rx e foto final na produção.	Dente	-
85500020	Coroa provisória sobre implante com carga imediata.	-	Rx inicial na solicitação e Rx e foto final na produção.	Dente	-
85500038	Coroa total metalocerâmica sobre implante.	-	Rx inicial na solicitação e Rx e foto final na produção.	Dente	-
85500097	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes.	Já está prevista a cobertura da prótese total, contemplando os intermediários.	Rx inicial na solicitação e Rx e foto final na produção.	Arcada	-
85500143	Protocolo Branemark em carga imediata para 4 implantes - parte protética.	-	Rx inicial na solicitação e Rx e foto final na produção.	Arcada	-
85500151	Protocolo Branemark em carga imediata para 5 implantes - parte protética.	-	Rx inicial na solicitação e Rx e foto final na produção.	-	-
85500160	Protocolo Branemark para 4 implantes - parte protética.	-	Rx inicial na solicitação e Rx e foto final na produção.	-	-
85500178	Protocolo Branemark para 5 implantes - parte protética.	-	Rx inicial na solicitação e Rx e foto final na produção.	-	-
85500186	Protocolo Branemark provisório para 4 implantes.	-	Rx inicial na solicitação e Rx e foto final na produção.	-	-
85500194	Protocolo Branemark provisório para 5 implantes.	-	Rx inicial na solicitação e Rx e foto final na produção.	-	-



ODONTOLIFEODONTOLOGIA.COM.BR