

Regras Técnicas
Interoperação



Planos Odontológicos

Sumário

Apresentação	3
Interoperação	4
Tabela de Procedimentos Interoperadora	6
Diagnóstico	6
Prevenção	6
Radiologia	7
Urgência	8
Odontopediatria	9
Dentística	10
Endodontia	12
Periodontia	13
Cirurgia	14
Prótese	17
Ortodontia	20
Últimas Palavras	21

Apresentação

A Odontolife Planos Odontológicos é uma operadora odontológica que reúne uma qualificada rede de atendimento, que valoriza a qualidade, agilidade e competência no seu tratamento.

Atuamos no mercado com o compromisso primordial de ofertar a melhor solução odontológica para nossos clientes. Para isso investimos na excelência e qualidade na prestação de serviços, por meio de um sólido relacionamento com a rede credenciada, oferecendo ao cirurgião-dentista todo o suporte ao conhecimento e atualização constante, buscando assim assegurar o melhor atendimento.

Nossa atuação está baseada no que há de mais inovador em conceitos de Diagnósticos e Tratamentos, voltados aos interesses comuns: Saúde Bucal e Qualidade de Vida Integrada.

Para você, credenciado **Odontolife**, que faz a diferença, elaboramos este manual com todas as informações necessárias que irão nortear seu atendimento e seu relacionamento conosco.

Seja bem-vindo a Odontolife Planos Odontológicos.

Diretoria Clínica
Odontolife Planos Odontológicos

Interoperação

A Odontolife Planos Odontológicos está atenta ao crescimento e a produtividade de sua rede credenciada. Por isso, busca estabelecer parcerias que agregam valor à atividade de nossos profissionais. Assim, o credenciado Odontolife pode atender, também, beneficiários da Dental Uni e da Unimed Rio de Janeiro.

Para estes atendimentos, o credenciado deverá utilizar a Tabela de Procedimentos Interoperadora.

Para receber atendimento, o beneficiário Dental Uni deverá apresentar um documento de identificação com foto e a sua carteirinha. Este é o modelo de carteirinha dos beneficiários Dental Uni:



Para receber atendimento, o beneficiário Unimed Rio de Janeiro deverá apresentar um documento de identificação com foto e a sua carteirinha. Este é o modelo de carteirinha dos beneficiários Unimed Rio de Janeiro:



Tabela de Procedimentos Interoperadora

Diagnóstico

Código	Procedimento	Aplicação	Regras Técnicas
81000030	Consulta odontológica	Usuário	Consulta inicial, que consiste no exame clínico e posterior elaboração do plano de tratamento.
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	Usuário	Exame laboratório com emissão de laudo (necessário enviar laudo com a guia para pagamento)
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	Usuário	Exame laboratório com emissão de laudo (necessário enviar laudo com a guia para pagamento)
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	Usuário	Exame laboratório com emissão de laudo (necessário enviar laudo com a guia para pagamento)
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	Usuário	Exame laboratório com emissão de laudo (necessário enviar laudo com a guia para pagamento)
00000140	Falta não justificada	Usuário	Verificar cobertura no plano do beneficiário.

- Consulta clínica - Consiste de anamnese, exame clínico intra e extra oral. Pago semestralmente desde que não ocorra tratamento com o mesmo profissional.
- A consulta inicial não pode ser solicitada com consulta de urgência/emergência
- Falta não justificada – pode ser lançada quando o beneficiário não avisar com antecedência a impossibilidade de comparecer na consulta. Este procedimento deverá ser pago pelo beneficiário pelo sistema Odontolife (cartão de crédito) ou diretamente no consultório do dentista.

Prevenção

Código	Procedimento	Aplicação	Regras Técnicas
84000090	Aplicação tópica de flúor	Boca	Autorizado para Odontopediatria para menores de 13 (treze) anos. Incluídos os procedimentos de profilaxia, controle de biofilme, evidênciação de placa bacteriana, atividade educativa e orientação em saúde bucal.
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	Boca	Incluso na ATF, Profilaxia, Raspagem sub e supra gengival.
84000163	Controle de biofilme (Placa Bacteriana)	Boca	Incluso na ATF, Profilaxia, Raspagem sub e supra gengival.

84000198	Profilaxia: Polimento Coronário	Hemiarcada	Consiste na limpeza com ultrassom (remoção de placa e tártaro supra gengival) e jato de bicarbonato. Autorizado para maiores de 13 (treze) anos. Incluso ATF e raspagem supra gengival, controle de biofilme, evidênciação de placa bacteriana, atividade educativa e orientação em saúde bucal.
84000228	Teste de capacidade tampão da saliva	Boca	Necessária autorização prévia.
84000244	Teste de fluxo salivar	Boca	Necessária autorização prévia.
84000252	Teste de PH salivar	Boca	Necessária autorização prévia.

Radiologia

Código	Procedimento	Aplicação	Regras Técnicas
81000278	Fotografia	Arcada	Autorizado somente para laboratórios de Radiologia, com finalidade ortodôntica
81000294	Levantamento radiográfico (Exame Radiodôntico)	Boca	Autorizado somente para laboratórios de Radiologia, com finalidade de tratamento periodontal avançado
81000308	Modelos ortodônticos	Boca	Autorizado somente para laboratórios de Radiologia, com finalidade ortodôntica
81000383	Radiografia oclusal	Arcada	Autorizado somente para laboratórios de Radiologia.
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia)	Boca	Autorizado somente para laboratórios de Radiologia, com finalidade cirúrgica (não é autorizado para diagnóstico de cárie)
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	Boca	Autorizado somente para laboratórios de Radiologia, com finalidade cirúrgica e ortodôntica
81000324	RX antero-posterior	Boca	Autorizado somente para laboratórios de Radiologia.
81000340	RX da ATM	Boca	Autorizado somente para laboratórios de Radiologia.
81000375	RX interproximal - bite-wing	Região	Autorizado somente em consultório, com finalidade Diagnóstica.
81000367	RX mão e punho - carpal	Usuário	Autorizado somente em laboratório de Radiologia
81000421	RX Periapical	Região	Autorizado somente no consultório, com finalidade Diagnóstica
81000430	RX postero-anterior	Boca	Autorizado somente para laboratórios de Radiologia.
81000472	Telerradiografia	Boca	Autorizado somente para laboratórios de Radiologia.
81000480	Telerradiografia cefalométrica com traçado	Boca	Autorizado somente para laboratórios de Radiologia.
00006170	Documentação Ortodontia	Usuário	Autorizado somente para laboratórios de Radiologia, com finalidade Ortodôntica

- As radiografias que não estiverem nos padrões mínimos de qualidade quanto a revelação, fixação e posicionamento não serão aceitos.
- Toda radiografia realizada pelo credenciado, deve ser enviada para a Odontolife para comprovação e pagamento.
- As radiografias devem ser corretamente encarteladas, constando a identificação do beneficiário e do credenciado. Após análise da produção as radiografias são devolvidas ao profissional.
- O levantamento radiográfico, é liberado apenas em laboratórios de Radiologia e para tratamento de doença periodontal avançada.

Urgência

Código	Procedimento	Aplicação	Regras Técnicas
85100048	Colagem de fragmentos dentários	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
82000468	Controle de hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo-facial	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
82000484	Controle de hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo-facial	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
85100056	Curativo de demora em endodontia	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
82001022	Incisão e drenagem Extra-Oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
82001030	Incisão e drenagem Intra-Oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
85400467	Recimentação de trabalho protético	Dente	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
82001197	Redução simples de Luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
82001251	Reimplante de dente com contenção	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
85300063	Tratamento de Abscesso Periodontal agudo	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
82001650	Tratamento de alveolite	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.

85300080	Tratamento de pericoronarite	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
85200034	Tratamento em odontalgia aguda	Boca	Deverá ser solicitado somente o ato de urgência. Não poderá ser solicitado com outro ato.
81000057	Consulta de Urgência 24 Horas	Usuário	Autorizado somente para Clínicas de Urgência/Emergência 24 horas.
81000049	Consulta de Urgência	Usuário	Solicitar consulta de Urgência com o procedimento executado.

- Não poderá ser solicitado nenhum outro ato com a Urgência
- Não será considerado atendimento de urgência se o beneficiário estiver em tratamento com o mesmo profissional.
- No atendimento Interoperadoras deverá ser solicitada a consulta de urgência (81000049) mais o procedimento a ser executado.
- Necessário envio de radiografia inicial para: colagem de fragmento, imobilização dentária, reimplante dentário, recimentação de trabalhos protéticos
- Necessário rx inicial e final para aberturas endodônticas, pulpectomias, tratamento odontalgia (se realizada abertura endodôntica)

Odontopediatria

Código	Procedimento	Aplicação	Regras Técnicas
84000031	Aplicação de carioestático	Boca	Autorizado até 07 (sete) anos.
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	Dente	Autorizado para dentes permanentes, molares e pré-molares, até 12 (doze) anos
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	Dente	Autorizado para dentes permanentes, molares e pré-molares, até 12 (doze) anos
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	Hemiarcada	Necessário justificativa. Verificar cobertura no plano do beneficiário.
81000014	Condicionamento em Odontologia	Usuário	Necessário justificativa. Autorizado até 01 (uma) sessão paciente até 07 (sete) anos
87000032	Condicionamento em Odontologia para pacientes com necessidades especiais	Usuário	Necessário justificativa. Autorizado até 03 (três) sessão. Somente para especialistas (pacientes especiais)
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	Dente	Necessária autorização prévia e justificativa. Enviar imagem inicial e final na produção
87000040	Coroa de acetato em dente permanente	Dente	Necessária autorização prévia e justificativa. Enviar imagem inicial e final na produção
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	Dente	Necessária autorização prévia e justificativa. Enviar imagem inicial e final na produção
87000059	Coroa de aço em dente permanente	Dente	Necessária autorização prévia e justificativa. Enviar imagem inicial e final na produção
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	Dente	Necessária autorização prévia e justificativa. Enviar imagem inicial e final na produção

87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente	Dente	Necessária autorização prévia e justificativa. Enviar imagem inicial e final na produção
83000089	Exodontia simples de decíduos	Dente	
83000097	Mantenedor de espaço fixo	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura no plano do beneficiário.
83000100	Mantenedor de espaço removível	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura no plano do beneficiário.
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	Dente	Remoção total ou parcial da polpa coronária. Não pode ser solicitado com os procedimentos de endodontias.
83000151	Tratamento endodôntico em decíduos	Dente	Enviar rx inicial na produção.

- Procedimentos de ulotomia e ulectomia – serão autorizados uma ocorrência por boca
- Em dentes que estiverem esfoliando, deverá ser solicitado ato de exodontia. Não será autorizado ato de

endodontia. Caso haja necessidade de manter espaço deverá ser justificado e comprovado radiograficamente (enviar rx anexado a guia no Sistema Integrado).

Dentística

Código	Procedimento	Aplicação	Regras Técnicas
85100021	Clareamento dentário caseiro	Arcada	Consiste na técnica e acompanhamento de clareamento (incluso material clareador)
85100030	Clareamento dentário de consultório	Dente	Consiste na técnica e acompanhamento do clareamento (incluso material clareador)
85100064	Faceta direta em resina Fotopolimerizável	Dente	Necessária imagem inicial (foto) para aprovação
85100072	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro	Arcada	Placa para clareamento (não está inclusa a técnica de clareamento)
00000996	Reconstrução em resina para fins estéticos	Dente	Reconstrução com finalidade estética. Verificar cobertura no plano do beneficiário
85100099	Restauração Amálgama 1 face	Face	Inclusa remoção do tecido cariado e/ou restauração e forramento
85100102	Restauração Amálgama 2 faces	Face	Necessário rx inicial se a restauração for em dente posterior com envolvimento de face proximal (M/D). Inclusa remoção do tecido cariado/restauração e forramento
85100110	Restauração Amálgama 3 faces	Face	Necessário rx inicial se a restauração for em dente posterior com envolvimento de face proximal (M/D). Inclusa remoção do tecido cariado/restauração e forramento
85100129	Restauração Amálgama 4 faces	Face	Necessário rx inicial se a restauração for em dente posterior com envolvimento de face proximal (M/D). Inclusa remoção do tecido cariado/restauração e forramento

85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	Dente	Autorizado somente para Odontopediatria (menores de 13 anos)
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	Dente	Autorizado somente para Odontopediatria (menores de 13 anos)
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	Dente	Autorizado somente para Odontopediatria (menores de 13 anos)
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	Dente	Autorizado somente para Odontopediatria (menores de 13 anos)
85100196	Restauração fotopolimerizável 1 face	resina Face	Inclusa remoção do tecido cariado e/ou restauração e forramento
85100200	Restauração fotopolimerizável 2 faces	resina Face	Necessário rx inicial se a restauração for em dente posterior com envolvimento de face proximal (M/D). Inclusa remoção do tecido cariado/restauração e forramento
85100218	Restauração fotopolimerizável 3 faces	resina Face	Necessário rx inicial se a restauração for em dente posterior com envolvimento de face proximal (M/D). Inclusa remoção do tecido cariado/restauração e forramento
85100226	Restauração fotopolimerizável 4 faces	resina Face	Necessário rx inicial se a restauração for em dente posterior com envolvimento de face proximal (M/D). Inclusa remoção do tecido cariado/restauração e forramento
99990950	Restauração retida a Pino intra-dentinário	Dente	Incluso o pino. Verificar cobertura no plano do beneficiário.
00001011	Restauração de resina estética – 1 face	Face	Procedimento com finalidade estética. Verificar cobertura no plano do beneficiário.
00001012	Restauração de resina estética – 2 faces	Face	Procedimento com finalidade estética. Verificar cobertura no plano do beneficiário.
00001013	Restauração de resina estética – 3 ou mais faces	Face	Procedimento com finalidade estética. Verificar cobertura no plano do beneficiário.

- Limite de ocorrência para procedimentos de restauradores diretos – prazo de 24 (vinte e quatro) meses.
- Forramento, ajuste oclusal e polimentos já estão inclusos nos valores das restaurações.
- A(s) restauração(ões) quando realizadas por um dos credenciados, em que na avaliação inicial/final, haja a comprovação que essas estão inadequadas, terão que ser refeitas não podendo o cirurgião dentista credenciado vir a cobrar por este (s) trabalho(s), no período em que tiverem em garantia contratual. Quando essas restaurações (inadequadas) tiverem a necessidade de serem refeitas por outro

profissional, os custos da reconfeção serão arcados pelo cirurgião dentista credenciado que realizou por primeiro os trabalhos (observando o período em que estiver em garantia contratual).

- Trocas de restaurações sem indicação clínica, são considerados atos estéticos (solicitar código de restauração estética – verificar cobertura no plano do beneficiário);
- Procedimentos odontológicos de Dentística são para dentes naturais;
- A Odontolife solicita comprovação radiográfica inicial (rx diagnóstico – bite-wing ou periapical) para restaurações de dentes posteriores com envolvimento de face proximal.

Endodontia

Código	Procedimento	Aplicação	Regras Técnicas
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	Dente	Necessária autorização prévia. Enviar rx inicial e final na produção
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	Dente	Necessária autorização prévia. Enviar rx inicial e final na produção
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	Dente	Necessária autorização prévia. Enviar rx inicial e final na produção
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	Dente	Necessária autorização prévia. Enviar rx inicial e final na produção
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	Dente	Necessária autorização prévia. Enviar rx inicial e final na produção
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	Dente	Necessária autorização prévia. Enviar rx inicial e final na produção
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	Dente	Necessária autorização prévia. Enviar rx inicial e final na produção
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	Dente	Necessária autorização prévia. Enviar rx inicial e final na produção
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	Dente	Enviar rx inicial e final na produção. Procedimento incluso nas Endodontias (tratamento e retratamento)
85200069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	Dente	Enviar rx inicial e final na produção. Procedimento incluso no retratamento endodôntico
85200077	Remocao de nucleo intrara\radicular	Dente	Enviar rx inicial e final na produção.
85200093	Retratamento birradicular endodôntico	Dente	Enviar rx inicial e final na produção.
85200107	Retratamento multirradicular endodôntico	Dente	Enviar rx inicial e final na produção.
85200115	Retratamento unirradicular endodôntico	Dente	Enviar rx inicial e final na produção.
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	Dente	Enviar rx inicial e final na produção.
85200140	Tratamento birradicular endodôntico	Dente	Enviar rx inicial e final na produção.
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogenese incompleta	Dente	Enviar rx inicial e final na produção.
85200158	Tratamento multirradicular endodôntico	Dente	Enviar rx inicial e final na produção.
85200166	Tratamento unirradicular endodôntico	Dente	Enviar rx inicial e final na produção.

- As endodontias deverão seguir os padrões técnicos de odontometria, obturação tridimensional e selamento hermético de canais radiculares. São autorizados apenas 01 (uma) vez.
- As endodontias são pagas por condutos. Dentes birradiculares e multirradiculares necessitam de radiografia comprobatória dissociada. Necessário rx inicial e final na produção.
- As radiografias para o tratamento endodôntico, já estão inclusas no procedimento. Poderá ser cobrada a radiografia inicial (diagnóstico);
- Quando houver a necessidade de se fazer o retratamento endodôntico, onde haja a comprovação que este motivo se dá por falha profissional, como obturação incompleta, falta de condensação, extravasamento, perfuração etc., ficará o cirurgião dentista que realizou este trabalho, obrigado a custear as despesas na negociação do dano que causou ao paciente.
- O retratamento será autorizado apenas 01 (uma) vez. Deverá ser enviado rx inicial e final na produção. Não será aceito rx inicial já apresentando lima dentro do canal.
- Procedimentos cirúrgicos em Endodontia serão autorizados apenas para Especialistas em Endodontia e Cirurgia Buco Maxilo Facial.

Periodontia

Código	Procedimento	Aplicação	Regras Técnicas
82000212	Aumento de coroa clínica	Dente	Enviar radiografia inicial e final na produção.
00003015	Cirurgia Plástica Periodontal	Segmento	Procedimento para estética gengival. Verificar cobertura no plano do beneficiário.
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	Segmento	Cirurgia em campo aberto. Necessário justificativa e radiografias. Inclusos procedimentos de raspagem e profilaxia.
00003145	Supervisão cirúrgica de implante	Usuário	Verificar cobertura no plano do beneficiário
82000557	Cunha Proximal	Dente	Remoção de tecido mole (gengival) da superfície dos dentes. Não autorizado com procedimentos de ulotomia e ulectomia.
82000646	Enxerto conjuntivo subteptelial	Segmento	Necessária aprovação prévia. Enviar imagem inicial e final.
82000662	Enxerto gengival livre	Segmento	Necessária aprovação prévia. Enviar imagem inicial e final.
82000689	Enxerto pediculado	Segmento	Necessária aprovação prévia. Enviar imagem inicial e final.
00003070	Esplintagem com fio ortodôntico - segmento anterior	Segmento	Necessária aprovação prévia. Enviar imagem inicial e final. Verificar cobertura no plano do beneficiário
82000921	Gengivectomia	Segmento	Necessária autorização prévia e justificativa. Não pode ser solicitado com gengivoplastia, cunha proximal, ulectomia, ulotomia
82000948	Gengivoplastia	Segmento	Necessária autorização prévia e justificativa. Não pode ser solicitado com gengivectomia, cunha proximal, ulectomia, ulotomia
82000980	Implante ósseo integrado	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura no plano do beneficiário. Não incluso cilindro

85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	Hemiarcada	Necessário preenchimento periograma, que deve ser enviado com a guia na produção. Incluídos procedimentos de raspagem supragengival, profilaxia e ATF. Não pode ser solicitado com cirurgia periodontal
85300047	Raspagem supra-gengival	Hemiarcada	Incluídos procedimentos de raspagem subgengival, profilaxia e ATF. Não pode ser solicitado com cirurgia periodontal
82001138	Reabertura - colocação de cicatrizador	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura no plano do beneficiário.

- Raspagem subgengival/alisamento radicular – consiste na remoção de indutos duros e/ou cálculo subgengival, seguida de alisamento e polimento radicular até 4 mm. Autorizado a cada 06 (seis) meses. Necessário o envio do periograma com a guia na produção. Caso não seja enviado o procedimento não será pago.
- Raspagem supra e subgengival autorizado para pacientes com idade superior a 18 anos.
- Procedimentos de aumento de coroa clínica (recuperação do espaço biológico) é necessário justificativa na liberação e rx inicial e final na produção. Autorizados para pacientes com idade superior a 15 (quinze) anos. Incluídos os procedimentos de gengivectomia e gengivoplastia.
- Dessensibilização dentária – incluso no procedimento raspagem supra e sub-gengival.

Cirurgia

Código	Procedimento	Aplicação	Regras Técnicas
82000190	Aprofundamento / aumento de vestibulo	Segmento	Necessária autorização prévia. Procedimento com finalidade pré-protética
00005455	Artroplastia de ATM	Boca	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura no plano do beneficiário.
82000239	Biópsia de boca	Boca	Necessária autorização prévia. Consiste no procedimento cirúrgico da peça
82000247	Biópsia de glândula salivar	Boca	Necessária autorização prévia. Consiste no procedimento cirúrgico da peça
82000255	Biópsia de lábio	Boca	Necessária autorização prévia. Consiste no procedimento cirúrgico da peça
82000263	Biópsia de língua	Boca	Necessária autorização prévia. Consiste no procedimento cirúrgico da peça
82000271	Biópsia de mandíbula	Arcada	Necessária autorização prévia. Consiste no procedimento cirúrgico da peça
82000280	Biópsia de maxila	Arcada	Necessária autorização prévia. Consiste no procedimento cirúrgico da peça
82000298	Bridectomia	Segmento	Necessária autorização prévia. Procedimento com finalidade pré-protética

82000301	Bridotomia	Segmento	Necessário autorização prévia. Procedimento com finalidade pré-protética
00005850	Cirurgia de tuberosidade	Boca	Necessário autorização prévia. Verificar cobertura no plano do beneficiário.
82000352	Cirurgia para exostose maxilar	Arcada	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82000360	Cirurgia para Torus mandibular - bilateral	Arcada	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82000387	Cirurgia para Torus mandibular - unilateral	Arcada	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82000395	Cirurgia para Torus Palatino	Arcada	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82000743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	Segmento	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82000778	Exérese ou Excisão de cálculo salivar	Segmento	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82000786	Exérese ou excisão de Cistos odontológicos	Segmento	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82000794	Exérese ou Excisão de Mucocoele	Segmento	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82000808	Exérese ou Excisão de Rânula	Segmento	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82000816	Exodontia a retalho	Dente	Inclusos procedimentos de alveoloplastia, curetagem apical e sutura. Não pode ser solicitado com exodontia de raiz residual
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	Dente	Inclusos procedimentos de alveoloplastia, curetagem apical e sutura
82000859	Exodontia de raiz residual	Dente	Inclusos procedimentos de alveoloplastia, curetagem apical e sutura. Não pode ser solicitado com exodontia a retalho
82000875	Exodontia simples de permanente	Dente	Inclusos procedimentos de alveoloplastia, curetagem apical, odontosecção e sutura.
82000883	Frenulectomia labial	Arcada	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82000891	Frenulectomia lingual	Arcada	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82000905	Frenulotomia labial	Arcada	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82000913	Frenulotomia lingual	Arcada	Necessária autorização prévia. Enviar imagem inicial e final
82001073	Odonto-Secção	Dente	Ato incluso nos procedimentos de exodontias. Não pode ser solicitado sozinho
00005470	Osteotomia e Osteoplastia de Mandíbula p/ Laterognatismo	Arcada	Não estão inclusas despesas hospitalares.
00005460	Osteotomia e Osteoplastia de Mandíbula p/ Micrognatismo	Arcada	Não estão inclusas despesas hospitalares.
00005450	Osteotomia e Osteoplastia de Mandíbula p/ Prognatismo	Arcada	Não estão inclusas despesas hospitalares.

00005480	Osteotomia/Osteoplastia maxila tipo LE fort I	Arcada	Não estão inclusas despesas hospitalares.
00005490	Osteotomia/Osteoplastia maxila tipo LE fort II	Arcada	Não estão inclusas despesas hospitalares.
00005500	Osteotomia/Osteoplastia maxila tipo LE fort III	Arcada	Não estão inclusas despesas hospitalares.
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	Boca	Necessária autorização prévia
82001120	Punção aspirativa orientada por imagem na região buco-maxilo-facial	Boca	Necessária autorização prévia.
82001154	Reconstrução sulco gengivo labial	Boca	Necessária autorização prévia
82001170	Redução cruenta de fraturas alveolo dentárias	Boca	Necessária autorização prévia
82001189	Redução incruenta de fraturas alveolo dentárias	Boca	Necessária autorização prévia
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	Dente	Enviar rx inicial e final na produção. Estão inclusos odontosecção, osteotomia, osteoplastia, gengiectomia, gengivoplastia, curetagem apical, sutura
82001294	Remoção de dentes semi inclusos / impactados	Dente	Enviar rx inicial e final na produção. Estão inclusos odontosecção, osteotomia, osteoplastia, gengiectomia, gengivoplastia, curetagem apical, sutura
99998915	Retirada de dente Supra Numerário	Segmento	Enviar rx inicial e final na produção.
99995185	Remoção de Dente Supra Numerário (incluso/impactado)	Segmento	Enviar rx inicial e final na produção. Estão inclusos odontosecção, osteotomia, osteoplastia, gengiectomia, gengivoplastia, curetagem apical, sutura
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial	Arcada	Necessária autorização prévia. Enviar rx inicial e final na produção.
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	Boca	Procedimento autorizado para emergências e urgências odontológicas.
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	Segmento	Necessária autorização prévia. Enviar rx inicial e final. Verificar cobertura no plano do beneficiário.
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial	Segmento	Necessária autorização prévia. Procedimento com finalidade pré-protética
82001510	Tratamento cirúrgico de fístula buco-nasais	Segmento	Necessária autorização prévia.
82001529	Tratamento cirúrgico de fístula buco-sinusais	Segmento	Necessária autorização prévia.
82001553	Tratamento Cirurgico de Hiperplasia de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial	Boca	Necessária autorização prévia.
82001588	Tratamento Cirurgico de Hiperplasia de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	Boca	Necessária autorização prévia.

82001618	Tratamento Cirurgico de Tumores Benigno de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial	Boca	Necessária autorização prévia.
82001596	Tratamento Cirurgico de Tumores Benigno de Tecidos Ósseos / Cartilagosos na região buco-maxilo-facial	Boca	Necessária autorização prévia.
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos - benignos sem reconstrução	Boca	Necessária autorização prévia.
82001707	Ulectomia	Hemiarcada	Incluso procedimento de ulotomia e cunha proximal
82001715	Ulotomia	Hemiarcada	Incluso procedimento de ulotomia e cunha proximal

- Nos atos de cirurgia oral maior, não estão inclusos e despesas hospitalares.
- Exodontia de dentes inclusos e semi-inclusos necessitam de comprovação radiográfica inicial e final. A panorâmica poderá ser usada como inicial. Estão inclusos procedimentos de odontosecção, alveoloplastia, curetagem apical, gengivectomia, gengivoplastia e sutura.
- O procedimento de curetagem apical e alveoloplastia estão inclusos nos procedimentos de: exodontia simples e a retalho, exodontia de raiz residual, remoção de dentes inclusos e semi-inclusos.

Prótese

Código	Procedimento	Aplicação	Regras Técnicas
00004193	Análogo do implante	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400041	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400068	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400076	Coroa provisória com pino	Dente	Provisório para preparo da prótese definitiva
85400084	Coroa provisória sem pino	Dente	Provisório para preparo da prótese definitiva
85400092	Coroa total acrílica prensada	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.

85400106	Coroa total em cerâmica pura	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400114	Coroa total em cerômero	Dente	Necessária autorização prévia, imagem inicial e final e justificativa. Autorizado somente para dentes anteriores (canino e incisivos)
85400149	Coroa total metálica	Dente	Necessária autorização prévia, imagem inicial e final e justificativa. Autorizado somente para dentes posteriores (pré-molar e molar)
85400165	Coroa total metalo plástica - cerômero	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400173	Coroa total metalo plástica - resina acrílica	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400157	Coroa total metalo-cerâmica	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85500038	Coroa total metalo-cerâmica sobre implante	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
81000243	Diagnóstico por meio de encerramento	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400181	Faceta em cerâmica pura	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
00004192	Munhão standart	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400190	Faceta em cerômero	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400211	Núcleo de preenchimento	Dente	Incluso nos procedimentos restauradores diretos. Incluso nos procedimentos protéticos
85400220	Núcleo metálico fundido	Dente	Necessária autorização prévia. Enviar Rx inicial e final na produção.
85400246	Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora)	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400254	Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora)	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400270	Placa oclusal resiliente	Boca	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
00004010	Planejamento protético	Boca	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400289	Prótese fixa adesiva direta (provisória)	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo-cerâmica	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo-plástica	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400343	Prótese fixa em metalo-plástica	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400394	Prótese parcial removível provisória acrílica c/ ou s/ grampo	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.

85400386	Prótese parcial removível bilateral c/ grampos	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400408	Prótese total	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400416	Prótese total imediata	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400424	Prótese total incolor	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em laboratório)	Arcada	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400513	Restauração em cerâmica pura - <i>inlay</i>	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400521	Restauração em cerâmica pura - <i>onlay</i>	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400548	Restauração em cerômero - <i>inlay</i>	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400530	Restauração em cerômero - <i>onlay</i>	Dente	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura plano do beneficiário.
85400556	Restauração metálica fundida	Dente	Necessária autorização prévia. Enviar rx inicial e final na produção.

- Nos trabalhos protéticos em andamento já estão inclusos os procedimentos de remoção e recimentação de prótese. O custo laboratorial já está incluso nos procedimentos de próteses.
- Limite de ocorrência para trabalho de prótese definitivo é de 05 (cinco) anos.
- Provisórios com pino ou sem pino devem ser utilizados para proteção de remanescente dentário e proteção de tecidos moles, durante as etapas do trabalho definitivo. Autorizado 01 (um) provisório para cada trabalho definitivo.
- Atos de próteses necessitam de autorização prévia.
- Atos de prótese exigem comprovação inicial e final que devem ser enviadas com a guia na produção.
- Motivos para negativas de tratamento: dentes pilares com inclinação superior a 30°, lesão apical nos dentes pilares, suporte ósseo inferior a 50%, perfuração endodôntica, espaços protéticos inadequados, tratamento endodôntico inadequado, indicação protética inadequada.

Ortodontia

Código	Procedimento	Aplicação	Regras Técnicas
86000357	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	Boca	Necessária autorização prévia. Verificar cobertura no plano do beneficiário.

- Nos tratamentos Ortodônticos o aparelho fixo convencional metálico está incluso. O aparelho estético poderá ser cobrado diretamente do beneficiário.
- Para atendimentos de beneficiários que não possuem cobertura de procedimentos de Ortodontia, a consulta sempre deverá ser lançada pela Odontolife (81000030)
- Para Ortodontia é necessário o planejamento ortodôntico que está disponível no site. Este planejamento deverá ser enviado em um protocolo no **SAD – Meus Atendimentos**. Nele deve conter o tratamento que será realizado, assim como a previsão de término para este tratamento. O planejamento deverá ser assinado pelo beneficiário ou responsável (se menor) e assinado e carimbado pelo profissional executante.
- As manutenções podem ser cobradas a partir da montagem do aparelho.
- As manutenções são mensais (devem ser solicitadas todos os meses).
- As guias com as manutenções devem estar devidamente preenchidas com as datas e assinaturas do beneficiário. O profissional também deve assinar e carimbar as guias.
- O tempo máximo de duração da Ortodontia é de 36 (trinta e seis) meses.

Últimas Palavras

Caro cirurgião-dentista, gostaríamos de agradecer-lo mais uma vez por fazer parte de nossa rede credenciada e lhe desejar boas-vindas. A Odontolife tem certeza de que esta será uma parceria duradoura e de sucesso. Caso tenha dúvidas, sugestões ou críticas, entre em contato com o Serviço de Atendimento ao Dentista. Nossa equipe está sempre à disposição.