

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



Os critérios técnico-administrativos, longevidade, envio de documentos, solicitação de justificativa, não devem ser motivos para a negativa de atendimento ao beneficiário. Em caso de não atendimento a alguns dos critérios ou não localização do procedimento indicado nesta tabela, o credenciado deve solicitar reanálise da MetLife expondo suas justificativas técnicas através do Portal do Credenciado, “opção @ (Contato)”, selecionando o assunto “Dúvidas sobre Autorizações e Glosa”.

Os documentos ou exames de imagens solicitados para autorização de procedimentos devem ser digitalizados e enviados por *upload* através do Portal do Credenciado e aguardar resposta da MetLife por e-mail para realização do procedimento.

Para beneficiários menores de 18 anos, é necessária assinatura na Guia de Tratamento pelo responsável legal.

Caso o plano informado no cartão de identificação do beneficiário não conste nesta tabela, a cobertura será informada após a solicitação do procedimento no Portal do Credenciado.

C indica serviço coberto, NC indica serviço não coberto															
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	USO	FORMA DE MARCAÇÃO (vide legenda)	PLANOS								RAIO X		LONGEVIDADE (MESES)	CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS
				FIRST	SILVER	ONIX	GOLD	SPECIAL (GOLD DMO)	PREMIUM (GOLD PL)	PLATINUM	DIAMOND	INICIAL	FINAL		
DIAGNÓSTICO															
81000065	Consulta odontológica inicial	8	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Inclui anamnese, exame físico, elaboração do plano de tratamento e atividade educativa em saúde bucal, de acordo com a correta indicação técnica dos procedimentos. Considerada apenas para a primeira consulta do paciente no consultório/ clínica mesmo quando atendido por diferentes profissionais.
81000030	Consulta odontológica	6	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			12	Inclui anamnese, exame físico, elaboração do plano de tratamento e atividade educativa em saúde bucal, de acordo com a correta indicação técnica dos procedimentos. Considerada apenas uma consulta mesmo quando o tratamento for realizado por mais de um profissional na mesma clínica.
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	85	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Necessário envio de cópia do resultado do exame com Guia para pagamento; Incluído custo de laboratório de análises clínicas.
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	85	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	85	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	85	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



C indica serviço coberto, NC indica serviço não coberto															
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	USO	FORMA DE MARCAÇÃO (vide legenda)	PLANOS								RAIO X		LONGEVIDADE (MESES)	CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS
				FIRST	SILVER	ONIX	GOLD	SPECIAL (GOLD DMO)	PREMIUM (GOLD PL)	PLATINUM	DIAMOND	INICIAL	FINAL		
URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS															
81000049	Consulta odontológica de urgência	14	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Não remunerado simultaneamente com o código 81000065 e 81000030. A urgência deve ser solicitada pelo código do procedimento diagnosticado. Utilizar o código de consulta odontológica de urgência somente nos casos em que não encontrar procedimento específico.
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	14	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Não remunerado simultaneamente com o código 81000049.
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	14	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C				Não remunerado simultaneamente com o código 81000049.
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	14	D	C	C	C	C	C	C	C	C			12	Não remunerado simultaneamente com o código 81000049. Considerado apenas para dentes pilares.
82001030	Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	14	HA	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Não remunerado simultaneamente com o código 81000049. Incluído para pacientes em tratamento endodôntico.
82001022	Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	14	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
85200034	Pulpectomia	14	D	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	14	S	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Não remunerado simultaneamente com o código 81000049. Incluído para pacientes em tratamento de periodontite.
85100048	Colagem de fragmentos dentários	14	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	-	Não remunerado simultaneamente com o código 81000049. Obrigatório envio das radiografias com Guia para pagamento. Autorizado para dentes anteriores com indicação técnica.
82001650	Tratamento de alveolite	14	D	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Não remunerado simultaneamente com o código 81000049. Necessária marcação do elemento recém-extraído.

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



C indica serviço coberto, NC indica serviço não coberto															
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	USO	FORMA DE MARCAÇÃO (vide legenda)	PLANOS								RAIO X		LONGEVIDADE (MESES)	CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS
				FIRST	SILVER	ONIX	GOLD	SPECIAL (GOLD DMO)	PREMIUM (GOLD PL)	PLATINUM	DIAMOND	INICIAL	FINAL		
URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS															
82001251	Reimplante dentário com contenção	40	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	-	Não remunerado simultaneamente com o código 81000049. Obrigatório envio de radiografias com Guia para pagamento; inclui a contenção / imobilização. Autorizado para dentes anteriores com indicação técnica.
85300080	Tratamento de pericoronarite	14	D	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Não remunerado simultaneamente com o código 81000049.
RADIOLOGIA															
81000421	Radiografia periapical	3	R	C	C	C	C	C	C	C	C			6	Necessária discriminação da região solicitada conforme legenda; necessário envio da radiografia realizada com Guia para pagamento.
81000375	Radiografia interproximal - bite-wing	3	R	C	C	C	C	C	C	C	C			6	
81000383	Radiografia oclusal	13	A	C	C	C	C	C	C	C	C			12	
PREVENÇÃO															
84000198	Profilaxia: polimento coronário	12	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			6	Inclui atividade educativa. Não remunerado simultaneamente à aplicação de flúor, remineralização e atividade educativa em saúde bucal, raspagem supra e sub gengival.
84000090	Aplicação tópica de flúor	22	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			6	Inclui profilaxia, remineralização, atividade educativa em saúde bucal e dessensibilização dentária. Realização verificada aleatoriamente através de pesquisas com associados. Para pacientes acima de 15 anos, necessário envio de justificativa clínica para autorização.
84000201	Remineralização	6	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			6	Inclui profilaxia e atividade educativa em saúde bucal. Não remunerado simultaneamente à Aplicação Tópica de Flúor. Para associados maiores de 15 anos, necessário envio de justificativa para autorização.
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	9	D	C	C	C	C	C	C	C	C			12	Autorizado somente para dentes recém erupcionados. Inclui atividade educativa em saúde bucal.
ODONTOPEDIATRIA (até 13 anos incompletos)															
84000031	Aplicação de cariostático	10	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			12	Autorizado apenas na presença de dentes decíduos.
81000014	Condicionamento em Odontologia	8	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			12	Inclui atividade educativa em saúde bucal. Não remunerado simultaneamente ao exame clínico inicial ou periódico; Autorizado apenas para crianças até 09 anos.
83000097	Mantenedor de espaço fixo	95	D	NC	NC	C	C	C	C	C	C			12	Obrigatório envio de justificativa clínica com Guia para pagamento.
83000100	Mantenedor de espaço removível	95	A	NC	NC	C	C	C	C	C	C			12	

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



C indica serviço coberto, NC indica serviço não coberto															
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	USO	FORMA DE MARCAÇÃO (vide legenda)	PLANOS								RAIO X		LONGEVIDADE (MESES)	CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS
				FIRST	SILVER	ONIX	GOLD	SPECIAL (GOLD DMO)	PREMIUM (GOLD PL)	PLATINUM	DIAMOND	INICIAL	FINAL		
ODONTOPEDIATRIA (até 13 anos incompletos)															
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	29	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	-	Radiografias incluídas no procedimento. Obrigatório envio das radiografias com Guia para pagamento.
83000089	Exodontia simples de decíduo	17	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	45	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	-	
DENTÍSTICA RESTAURADORA															
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	19	D	C	C	C	C	C	C	C	C			24	Inclui capeamento, forramento e polimento; Obrigatório preenchimento da(s) face(s) envolvida(s); Considerado número total de faces no mesmo elemento, independentemente se são cavidades distintas; Restaurações em resina não são autorizadas para elementos posteriores quando indicadas por motivo exclusivamente estético, sem presença de cárie, infiltração ou fratura. Para autorização de restaurações de 4 faces, necessário envio de imagem radiográfica ou fotográfica de diagnóstico para autorização.
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	22	D	C	C	C	C	C	C	C	C			24	
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	26	D	C	C	C	C	C	C	C	C			24	
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	30	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		24	
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	23	D	C	C	C	C	C	C	C	C			24	
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	25	D	C	C	C	C	C	C	C	C			24	
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	30	D	C	C	C	C	C	C	C	C			24	
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	33	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		24	
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	13	D	C	C	C	C	C	C	C	C			24	Não remunerado simultaneamente com outras restaurações nas mesmas faces. Obrigatório preenchimento da(s) face(s) envolvida(s). Restaurações de 02, 03 e 04 faces autorizadas somente para dentes decíduos. Considerado para restauração final e não para curativos ou forramentos.
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	18	D	C	C	C	C	C	C	C	C			24	
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	24	D	C	C	C	C	C	C	C	C			24	
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	31	D	C	C	C	C	C	C	C	C			24	
85400211	Núcleo de preenchimento	35	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		24	Autorizado somente para elementos com tratamento endodôntico, desde que não haja indicação para núcleo metálico fundido. Obrigatório envio da radiografia com Guia para pagamento.

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



C indica serviço coberto, NC indica serviço não coberto															
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	USO	FORMA DE MARCAÇÃO (vide legenda)	PLANOS								RAIO X		LONGEVIDADE (MESES)	CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS
				FIRST	SILVER	ONIX	GOLD	SPECIAL (GOLD DMO)	PREMIUM (GOLD PL)	PLATINUM	DIAMOND	INICIAL	FINAL		
ENDODONTIA															
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	84	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	-	Radiografias incluídas no procedimento; Inclui pulpectomia e curativo de demora; Obrigatório envio das radiografias com Guia para pagamento.
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	99	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	-	
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	154	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	-	
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	45	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	-	
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	105	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	145	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	200	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	58	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	-	Obrigatório envio da radiografia inicial para autorização. Obrigatório envio das radiografias inicial e final com Guia para pagamento. Necessária a informação do material obturador utilizado no campo OBS. da Guia.
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	25	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		60	Não remunerado quando solicitada exodontia simultaneamente; Obrigatório envio da radiografia inicial com Guia para pagamento.
85200018	Clareamento de dente desvitalizado	38	D	NC	C	C	C	C	C	C	C		X	24	Autorizado apenas para dentes anteriores; Obrigatório envio da radiografia final com Guia para pagamento.
PERIODONTIA*															
85300047	Raspagem supra-gengival	30	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			6	Raspagem manual ou com ultrassom para bolsas de até 04 mm; Inclui profilaxia, aplicação tópica de flúor, remineralização, controle de placa, remoção de fatores de retenção, Atividade educativa em saúde bucal e dessensibilização dentária. incluída na raspagem subgengival. Regiões edêntulas serão desconsideradas para pagamento, sendo o repasse proporcional ao número de dentes presentes.

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



C indica serviço coberto, NC indica serviço não coberto															
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	USO	FORMA DE MARCAÇÃO (vide legenda)	PLANOS								RAIO X		LONGEVIDADE (MESES)	CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS
				FIRST	SILVER	ONIX	GOLD	SPECIAL (GOLD DMO)	PREMIUM (GOLD PL)	PLATINUM	DIAMOND	INICIAL	FINAL		
PERIODONTIA*															
85300039	Raspagem sub-gengival / alisamento radicular	15	HA	C	C	C	C	C	C	C	C	X		9	Raspagem subgengival para bolsas maiores de 04 mm; inclui raspagem supra-gengival, profilaxia, aplicação tópica de flúor, Dessensibilização dentária, remineralização, controle de placa, remoção de fatores de retenção e atividade educativa em saúde bucal. Necessário envio da radiografia inicial de no mínimo uma região do hemiarco que comprove perda óssea igual ou superior a 1/3 da raiz para pagamento. Regiões edêntulas serão desconsideradas para pagamento, sendo o repasse proporcional ao número de dentes presentes.
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	40	S	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	12	Imobilização envolvendo segmento ou até 6 elementos. Obrigatório envio das radiografias inicial e final com Guia para pagamento.
82000921	Gengivectomia	8	D	C	C	C	C	C	C	C	C			12	Autorizado apenas na presença de tratamento endodôntico, protético ou restaurador.
82000212	Aumento de coroa clínica	32	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	12	Obrigatório envio das radiografias inicial e final com Guia para pagamento.
85300012	Dessensibilização dentária	10	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			6	Não remunerado simultaneamente à remineralização e à aplicação de flúor. Para pacientes abaixo de 15 anos, necessário envio de justificativa clínica para autorização.

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



C indica serviço coberto, NC indica serviço não coberto															
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	USO	FORMA DE MARCAÇÃO (vide legenda)	PLANOS								RAIO X		LONGEVIDADE (MESES)	CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS
				FIRST	SILVER	ONIX	GOLD	SPECIAL (GOLD DMO)	PREMIUM (GOLD PL)	PLATINUM	DIAMOND	INICIAL	FINAL		
PRÓTESE															
85400157	Coroa total metalo cerâmica	356	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	Autorizado para dentes permanentes anteriores e posteriores, exceto coroa de aço, policarbonato e acetato indicadas somente para dentes decíduos e coroa total metálica indicada somente para dentes permanentes posteriores. Havendo planejamento para realização de tratamento endodôntico, deve ser enviada radiografia final do tratamento para autorização da coroa. Havendo planejamento para realização de núcleo, deve ser enviada radiografia final desse procedimento para autorização da prótese.
85400173	Coroa total metalo plástica - resina acrílica	260	D	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	C	X	X	60	
85400165	Coroa toltal metalo plástica - cerômero	260	D	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	C	X	X	60	
85400149	Coroa total metálica	175	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	
85400106	Coroa total em cerâmica pura	395	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	
85400114	Coroa total em cerômero - dentes anteriores	290	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	77	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	36	
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	77	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	36	
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	77	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	36	
85400556	Restauração metálica fundida	129	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	Autorizado apenas para dentes permanentes posteriores; Havendo planejamento para realização de tratamento endodôntico, deve ser enviada radiografia final do tratamento para autorização da prótese; Havendo planejamento para realização de núcleo, deve ser enviada radiografia final desse procedimento para autorização da prótese.
85400513	Restauração em cerâmica pura - inlay	336	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	
85400521	Restauração em cerâmica pura - onlay	336	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	
85100170	Restauração em resina (indireta) - inlay	200	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	
85100188	Restauração em resina (indireta) - onlay	200	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	
85400548	Restauração em cerômero - inlay	290	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	
85400530	Restauração em cerômero - onlay	290	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	
85400181	Faceta em cerâmica pura	350	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	
85400190	Faceta em cerômero	250	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



C indica serviço coberto, NC indica serviço não coberto															
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	USO	FORMA DE MARCAÇÃO (vide legenda)	PLANOS								RAIO X		LONGEVIDADE (MESES)	CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS
				FIRST	SILVER	ONIX	GOLD	SPECIAL (GOLD DMO)	PREMIUM (GOLD PL)	PLATINUM	DIAMOND	INICIAL	FINAL		
PRÓTESE															
85400335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	358	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	Autorizado para dentes permanentes anteriores e posteriores. Na presença de mais de 3 pânticos, enviar planejamento detalhado e justificativa referente à opção pela PPF. Nas próteses parciais fixas devem ser solicitados códigos de elemento de prótese fixa, tanto para pilares como para pântico; Havendo planejamento para realização de tratamento endodôntico, deve ser enviada radiografia final do tratamento para autorização da PPF. Havendo planejamento para realização de núcleo, deve ser enviada radiografia final desse procedimento para autorização da prótese.
85400343	Prótese parcial fixa em metalo plástica	250	D	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	C	X	X	60	
85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	150	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	Código lançado por dente, até no máximo 3 elementos. Caso planejado para dentes posteriores, deve ser enviada justificativa clínica/planejamento detalhado para autorização, uma vez que o procedimento é de maior risco; Havendo planejamento para realização de tratamento endodôntico, deve ser enviada radiografia final do mesmo tratamento para autorização da PPF.
85400319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	134	D	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	C	X	X	60	
85400297	Prótese fixa adesiva em Ceromero livre de metal	142	D	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	60	
85400360	Prótese parcial fixa provisória	40	D	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	C			60	Considerado 01 código por elemento - pilar e pântico.
85400084	Coroa provisória sem pino	36	D	C	C	C	C	C	C	C	C			60	Autorizado apenas para dentes permanentes. Para autorização de PPF provisória, verificar código 85400360.
85400076	Coroa provisória com pino	36	D	C	C	C	C	C	C	C	C			60	
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	120	A	NC	NC	C	C	C	C	C	C			12	PPR provisória é indicada na arcada inferior apenas na ausência de dentes anteriores. Obrigatório informar dentes ausentes; Para PPR com grampos, é obrigatório envio de radiografias iniciais das regiões dos elementos retentores diretos com Guia para pagamento; Para PPR com encaixe, é obrigatório envio de radiografias iniciais das regiões dos encaixes para autorização e informar os dentes pilares que receberão o <i>attachment</i> . Para PPR com encaixe, é obrigatório envio de radiografias iniciais e finais com Guia para pagamento evidenciando o <i>attachment</i> instalado. Não são aceitas PPRs unilaterais.
85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral	440	A	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	C	X		48	
85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi-precisão	870	A	NC	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	X	X	48	
85400220	Núcleo metálico fundido	77	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	Se o núcleo estiver insatisfatório, a coroa protética também será glosada.
85400262	Pino pré fabricado	90	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	Havendo planejamento para realização de tratamento endodôntico, deve ser enviada radiografia final do tratamento para autorização do núcleo.

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



C indica serviço coberto, NC indica serviço não coberto															
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	USO	FORMA DE MARCAÇÃO (vide legenda)	PLANOS								RAIO X		LONGEVIDADE (MESES)	CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS
				FIRST	SILVER	ONIX	GOLD	SPECIAL (GOLD DMO)	PREMIUM (GOLD PL)	PLATINUM	DIAMOND	INICIAL	FINAL		
PRÓTESE															
85400408	Prótese total	450	A	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	C			48	Prótese total imediata é autorizada apenas se houver planejamento de exodontia múltipla simultaneamente. Será autorizada prótese total apenas após no mínimo 30 dias da realização da prótese total imediata.
85400416	Prótese total imediata	300	A	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	C			-	
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	95	A	NC	NC	NC	NC	NC	C	C	C			24	Reembasamento incluído na prótese durante o período de recorrência e autorizado mediante justificativa técnica. Para conserto, necessário informar região da prótese e qual conserto será realizado na Guia de pagamento.
85400041	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	24	A	NC	C	C	C	C	C	C	C			12	
85400068	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	24	A	NC	C	C	C	C	C	C	C			12	
85400246	Órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora)	120	ASAI	NC	NC	C	NC	NC	NC	C	C			12	Para autorização, obrigatório envio de relatório clínico assinado pelo CD e associado com descrição do quadro do paciente, constando ainda informação referente à responsabilidade do associado, caso haja necessidade de confecção da placa por mau uso ou perda.
85400505	Remoção de trabalho protético	25	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	Obrigatório envio de radiografia inicial com Guia para pagamento.
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	25	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		60	Considerado apenas para dentes pilares. Não remunerado quando solicitada exodontia simultaneamente.
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	14	D	C	C	C	C	C	C	C	C			12	Considerado apenas para dentes pilares.
Para próteses fixas necessário envio de radiografia inicial para autorização e inicial e final para pagamento. Não poderão ser realizadas próteses em material diferente do que foi autorizado.															
CIRURGIA															
82000875	Exodontia simples de permanente	22	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	Para exodontia com finalidade ortodôntica é necessário envio de encaminhamento do ortodontista com guia de pagamento. Radiografia incluída no procedimento. Considerada inserção óssea para definição de exodontia simples, de dente semi-incluso ou incluso. Obrigatório envio de radiografia inicial com Guia para pagamento, conforme indicado na coluna Raio X.
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica / protética	22	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	
82000816	Exodontia a retalho	30	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	
82000859	Exodontia de raiz residual	24	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	
83000089	Exodontia simples de decíduo	17	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	

Para próteses fixas necessário envio de radiografia inicial para autorização e inicial e final para pagamento. Não poderão ser realizadas próteses em material diferente do que foi autorizado.

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



C indica serviço coberto, NC indica serviço não coberto															
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	USO	FORMA DE MARCAÇÃO (vide legenda)	PLANOS								RAIO X		LONGEVIDADE (MESES)	CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS
				FIRST	SILVER	ONIX	GOLD	SPECIAL (GOLD DMO)	PREMIUM (GOLD PL)	PLATINUM	DIAMOND	INICIAL	FINAL		
CIRURGIA															
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	120	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	-	Para exodontia com finalidade ortodôntica é necessário envio de encaminhamento do ortodontista com guia de pagamento. Radiografia incluída no procedimento. Considerada inserção óssea para definição de exodontia simples, de dente semi-incluso ou incluso. Obrigatório envio de radiografia inicial e final com Guia para pagamento, conforme indicado na coluna Raio X.
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	78	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	-	
82001251	Reimplante dentário com contenção	40	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	Radiografia incluída no procedimento. Obrigatório envio de radiografias inicial e final com Guia para pagamento.
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	140	D	NC	NC	C	C	C	C	C	C	X	X	-	
82000034	Alveoloplastia	19	S	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Não remunerado simultaneamente à exodontia.
82001715	Ulotomia	13	D	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
82001707	Ulectomia	13	D	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	42	A	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Procedimento autorizado apenas uma vez em todo histórico do associado.
82000395	Cirurgia para torus palatino	53	A	C	C	C	C	C	C	C	C			60	Obrigatório envio de dados clínicos: sinais e sintomas, técnica cirúrgica utilizada. Execução exclusiva do especialista.
82000360	Cirurgia para torus mandibular - bilateral	85	A	C	C	C	C	C	C	C	C			60	
82000182	Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada	60	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	Obrigatório envio de radiografia inicial para autorização. Obrigatório envio de radiografias inicial e final com Guia para pagamento.
82000174	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada	64	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	
82000085	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada	70	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	
82000077	Apicetomia biirradicular com obturação retrógrada	74	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	
82000166	Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada	80	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	
82000158	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada	84	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X	X	60	

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



C indica serviço coberto, NC indica serviço não coberto															
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	USO	FORMA DE MARCAÇÃO (vide legenda)	PLANOS								RAIO X		LONGEVIDADE (MESES)	CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS
				FIRST	SILVER	ONIX	GOLD	SPECIAL (GOLD DMO)	PREMIUM (GOLD PL)	PLATINUM	DIAMOND	INICIAL	FINAL		
CIRURGIA															
82000883	Frenulectomia labial	25	A	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Obrigatório informar região do procedimento.
82000891	Frenulectomia lingual	25	A	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	84	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
82000808	Exérese ou excisão de rânula	84	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
82000239	Biópsia de boca	30	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Obrigatório envio de cópia do resultado do exame histopatológico. Obrigatório informar o tipo de lesão e a região onde foi acometida.
88000247	Biópsia de glândula salivar	30	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
82000255	Biópsia de lábio	30	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
82000263	Biópsia de língua	30	AI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
82000271	Biópsia de mandíbula	30	AI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
82000280	Biópsia de maxila	30	AS	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	25	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	19	HA	C	C	C	C	C	C	C	C			-	
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-Mandibular (ATM)	40	ASAI	C	C	C	C	C	C	C	C			-	Obrigatório envio de dados clínicos: tipo de luxação, fator causal, sinais e sintomas.
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	127	D	C	C	C	C	C	C	C	C	X		60	Diâmetro do cisto não deve ultrapassar 1,5 cm. Obrigatório preenchimento da região. Se associado a outro procedimento como exodontia ou tratamento endodôntico, deve ser informado planejamento e justificativa clínica.
82001510	Tratamento cirúrgico de fístula buco nasal	174	AS	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	Obrigatório envio de dados clínicos: sinais e sintomas, histórico de comunicações anteriores, técnica cirúrgica utilizada;
82001529	Tratamento cirúrgico de fístula buco sinusal	174	HA	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	Obrigatório envio da radiografi a inicial com Guia para pagamento; Obrigatório preenchimento da região.
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	127	A	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	Obrigatório envio de dados clínicos: sinais e sintomas, técnica cirúrgica utilizada; Obrigatório envio da radiografi a inicial com Guia para pagamento; Obrigatório preenchimento da região.

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



C indica serviço coberto, NC indica serviço não coberto															
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	USO	FORMA DE MARCAÇÃO (vide legenda)	PLANOS								RAIO X		LONGEVIDADE (MESES)	CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS
				FIRST	SILVER	ONIX	GOLD	SPECIAL (GOLD DMO)	PREMIUM (GOLD PL)	PLATINUM	DIAMOND	INICIAL	FINAL		
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilofacial	110	A	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	Obrigatório envio de dados clínicos: sinais e sintomas, técnica cirúrgica utilizada; Obrigatório envio da radiografia inicial com Guia para pagamento; Obrigatório preenchimento da região.
82001596	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos ósseos / cartilaginosos na região buco-maxilofacial	104	A	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilofacial	104	A	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução	104	A	C	C	C	C	C	C	C	C	X		-	
ORTODONTIA															
86000357	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	100	ASAI	NC	NC	NC	NC	C	NC	NC	C	X		1	Exclusiva para credenciados da rede específica de ortodontia; Necessário envio de documentação ortodôntica para autorização conforme normas próprias; Código 81000189 não remunerado - apenas utilizado para solicitação de autorização do tratamento. Inclui Atividade Educativa em Saúde Bucal.
86000373	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	100	ASAI	NC	NC	NC	NC	C	NC	NC	C	X		1	
81000189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	-	ASAI	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	C	X		-	

Tabela de honorários e cobertura dos planos

Anexo III



LEGENDA	MARCAÇÃO	FORMAS ACEITAS
D	DENTE	18 a 48 para permanentes e 55 a 85 para decíduos. Em caso de supra numerários, utilizar 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89 de acordo com o hemi-arco em que se encontra.
R	Região para radiografias periapicais	RIS - Região de incisivos centrais superiores RCSD - Região de canino e lateral superiores direitos RPSD - Região de pré-molares superiores direitos RMSD - Região de molares superiores direitos RCSE - Região de canino e lateral superiores esquerdos RPSE - Região de pré-molares superiores esquerdos RMSE - Região de molares superiores esquerdos RII - Região de incisivos inferiores RCID - Região de canino inferior direito RPID - Região de pré-molares inferiores direitos RMID - Região de molares inferiores direitos RCIE - Região de canino inferior esquerdo RPIE - Região de pré-molares inferiores esquerdos RMIE - Região de molares inferiores esquerdos
	Região para radiografias interproximais	RMD - Região de molares do lado direito RME - Região de molares do lado esquerdo RPD - Região de pré-molares do lado direito RPE - Região de pré-molares do lado esquerdo
	Demais procedimentos	informar conforme padrão TISS
ASAI	Arcadas superior e inferior	
A	Arcada	AS - Arcada Superior AI - Arcada Inferior
HA	Hemiarcada	HASD - Hemiarcada Superior Direita HASE - Hemiarcada Superior Esquerda HAID - Hemiarcada Inferior Direita HAIE - Hemiarcada Inferior Esquerda
S	Segmento	S1 - Segmento Superior Posterior Direito S2 - Segmento Superior Anterior S3 - Segmento Superior Posterior Esquerdo S4 - Segmento Inferior Posterior Esquerdo S5 - Segmento Inferior Anterior S6 - Segmento Inferior Posterior Direito