

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AUT	AI	Faixa etária	Dente/Região	Face	Exatidão RX final	Foto/Outros exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
81000065	Consulta Odontológica Inicial	X									6 meses	Consultas odontológicas destinadas à elaboração do plano de tratamento, incluindo exame clínico, anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças/anomalias bucais do paciente e prognóstico. Uma nova consulta inicial poderá ser solicitada apenas quando for elaborado um novo plano de tratamento. Não poderá ser solicitado a cada visita do beneficiário ao consultório. Não poderá ser solicitado em concomitância com tratamentos eletivos. Não caberá solicitação deste procedimento concomitantemente com os outros códigos de tratamentos eletivos e códigos de consulta: 81000030 (Consulta odontológica), 81000049 (Consulta odontológica de urgência), 81000057 (Consulta odontológica de urgência 24h), 82000026 (Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia), 81000260 (Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais), 98010379 (Consulta odontológica domiciliar – PAD – ID), 98020056 (Consulta odontológica domiciliar – PAD – AD).	601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 609, 610, 612, 613, 614	R\$ 52,65
81000030	Consulta odontológica	X									6 meses	Este código deverá ser solicitado quando não for executado nenhum procedimento e a consulta não se enquadre como de urgência ou inicial. Deverá ser solicitado para acompanhamento de tratamento ortodôntico passivo e nos casos de acompanhamento após a retirada do aparelho ortodôntico (contenção). Deverá ser solicitado para revisão das placas interoclusais (85400246 e 85400254). Não poderá ser solicitado em concomitância com tratamentos eletivos. Não caberá solicitação deste procedimento concomitantemente com os outros códigos de tratamentos eletivos e códigos de consulta: 81000065 (Consulta odontológica inicial), 81000049 (Consulta odontológica de urgência), 81000057 (Consulta odontológica de urgência 24 h), 82000026 (Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia), 81000260 (Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais), 98010379 (Consulta odontológica domiciliar – PAD – ID), 98020056 (Consulta odontológica domiciliar – PAD – AD).	601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 610, 612, 613, 614	R\$ 56,25
81000049	Consulta odontológica de Urgência	X									3 meses	Código que deverá ser utilizado pelos credenciados que além da especialidade 611 possuírem outras especialidades cadastradas. NÃO poderá em hipótese alguma ser utilizado por credenciados que NÃO possuírem a especialidade 611 (Clínica de Emergência) cadastrada. Não poderá ser solicitado em concomitância com tratamentos eletivos.	611	R\$ 83,76
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24hs	X									3 meses	Deve ser utilizado pelos prestadores credenciados, EXCLUSIVAMENTE, na especialidade 611 (Clínica de Emergência), em qualquer horário. NÃO poderá em hipótese alguma ser utilizado por credenciados que NÃO possuírem a especialidade 611 (Clínica de Emergência) cadastrada. Não poderá ser solicitado em concomitância com tratamentos eletivos.	611	R\$ 126,97
81000235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	X	X								12 meses	Não deverá ser solicitado concomitantemente com: Consulta (81000065, 81000030), Atividade Educativa (87000016, 87000024, 84000139), Controle de biofilme, Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais (81000260), Condicionamento em Odontologia (81000014) e Diagnóstico e tratamento de halitose.	606, 609	R\$ 73,39
82000026	Acompanhamento de tratamento /procedimento cirúrgico em odontologia	X	X								6 meses	Acompanhamento de tratamento de procedimento cirúrgico realizado em ambulatório. Não poderá ser solicitado nos casos de procedimentos inerentes ao tratamento cirúrgico realizado (por exemplo, remoção de sutura, remoção de cimento cirúrgico, etc). Não poderá ser utilizado em concomitância com outros códigos de consulta.	601, 606, 609, 614	R\$ 52,65
82000506	Controle pós-operatório em odontologia	X	X								3 meses	Este código deverá ser utilizado quando for necessária a realização de consulta em ambiente hospitalar, somente após 10 dias do ato cirúrgico.	601, 612	R\$ 62,86
81000260	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais	X	X								6 meses	Este código TUS deverá ser utilizado em substituição ao código Parecer do Estomatologista (70030006). Quando exames forem solicitados, o primeiro atendimento deverá ser considerado consulta odontológica inicial. Este código deverá ser utilizado após conclusão do diagnóstico e emissão de parecer do estomatologista	609	R\$ 91,62
85100250	Aplicação de laser terapêutico		X	X							X 1 mês	Uso para atendimento em consultório, poderá ser utilizado para profilaxia/tratamento de mucosite oral relacionadas à quimio/radioterapia, em pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço e câncer hematopoiético. Especialistas (601, 606, 609, 612) necessitam comprovar habilitação no Conselho de Classe junto à Saúde Petrobras. Necessário encaminhar relatório do cirurgião dentista e laudo médico do oncologista solicitante.	601, 606, 609, 612	R\$ 188,07
98010379	Consulta odontológica domiciliar - PAD - ID		X	X	X						X 3 meses	Para ser utilizado nos casos de beneficiários inscritos no PAD, no modo Internação Domiciliar, que necessitem atendimento em domicílio. Deve ser solicitado em guia SP/SADT. Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado, em receituário próprio.	601, 602, 603, 604, 606, 607, 609, 610, 612, 140	R\$ 163,66
98020056	Consulta odontológica domiciliar - PAD - AD		X	X	X						X 3 meses	Para ser utilizado nos casos de beneficiários inscritos no PAD, modo Atenção Domiciliar, que necessitem atendimento em domicílio. Deve ser solicitado em guia SP/SADT. Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado, em receituário próprio.	601, 602, 603, 604, 606, 607, 609, 610, 612, 140	R\$ 163,66
98010603	Procedimento Odontológico Domiciliar - PAD ID		X	X	X						X 3 meses	Para ser utilizado nos casos de beneficiários inscritos no PAD, no modo Internação Domiciliar. O código inclui raspagem supragengival, terapêutica básica (limpeza) e aplicação de flúor, na modalidade de Internação Domiciliar. Não deverá ser cobrado concomitantemente com os códigos de Consulta Odontológica Domiciliar (98020056 e 98010379). Deve ser solicitado em guia SP/SADT. Caso haja necessidade de efetuar qualquer outro procedimento odontológico, a demanda deverá ser encaminhada para análise técnica odontológica que avaliará a possibilidade de realizá-lo no domicílio ou será indicada a realização em ambiente ambulatorial ou hospitalar. Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado, em receituário próprio.	601, 602, 603, 604, 606, 612, 140	R\$ 291,68
98020242	Procedimento Odontológico Domiciliar - PAD AD		X	X	X						X 3 meses	Para ser utilizado nos casos de beneficiários inscritos no PAD, modo Atenção Domiciliar. O código inclui raspagem supragengival, terapêutica básica (limpeza) e aplicação de flúor, na modalidade de Atenção Domiciliar. Não deverá ser cobrado concomitantemente com os códigos de Consulta Odontológica Domiciliar (98020056 e 98010379). Deve ser solicitado em guia SP/SADT. Caso haja necessidade de efetuar qualquer outro procedimento odontológico, a demanda deverá ser encaminhada para análise técnica odontológica que avaliará a possibilidade de realizá-lo no domicílio ou será indicada a realização em ambiente ambulatorial ou hospitalar. Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado, em receituário próprio.	601, 602, 603, 604, 606, 612, 140	R\$ 291,68
82001707	Ulectomia	X				11 a 49 51 a 85					único	Deve ser diferenciado da ulotomia, procedimento cirúrgico que não remove todo o capuz pericoronário. Intervenção cirúrgica para remoção do capuz pericoronário de elemento dentário, não totalmente erupcionado e em condições de erupcionar. Não poderá ser cobrado concomitantemente, para o mesmo elemento dentário, com o código 82001715 Ulotomia, assim como todos os procedimentos de exodontia/remoção de dentes.	601, 602, 604, 606, 610, 611, 612	R\$ 63,64
82000875	Exodontia simples de permanente	X				11 a 49					único	Código inclui curetagem alveolar, para remoção de possíveis lesões periapicais associadas, alveoplastia e sutura.	601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 609, 610, 611, 612, 613, 614	R\$ 102,14
82000859	Exodontia de raiz residual	X				11 a 49 51 a 89					único	Código inclui curetagem alveolar, para remoção de possíveis lesões periapicais associadas, alveoplastia e sutura.	601, 602, 603, 604, 606, 607, 609, 610, 611, 612, 614	R\$ 102,14
82000816	Exodontia a retalho	X	X			11 a 49					único	Indicada quando a exodontia simples (de raiz ou de dente) não for a primeira escolha para técnica cirúrgica do caso clínico. Inclui neste procedimento a curetagem alveolar para remoção de possíveis lesões periapicais associadas, alveoplastia e sutura. Procedimento cirúrgico quando é necessária a realização de um retalho vestibular e/ou lingual, para permitir a avulsão de um elemento dentário ou raiz.	601, 602, 603, 604, 606, 607, 609, 610, 611, 612, 614	R\$ 123,05

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AUT	AI	Faixa etária	Dente/Região	Face	Exatidão	RX final	Foto/túor ou exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$	
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	X	X			11 a 49					X	único	Código inclui curetagem alveolar, para remoção de possíveis lesões periapicais associadas, alveoloplastia e sutura. Necessário envio de encaminhamento do ortodontista/protesista.	601, 610	R\$ 73,57	
82000034	Alveoloplastia	X	X			S1 a S6						único	A autorização do procedimento de alveoloplastia, imediatamente após exodontia, somente se justifica nos casos de extrações múltiplas e/ou de alta complexidade em um mesmo segmento. Não deverá ser solicitado concomitantemente com os códigos de Exodontia simples de permanente, Exodontia de raiz residual, Exodontia a retalho, Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética, Exodontia a retalho e Cirurgia Odontológica a retalho.	601, 602, 606, 610, 611, 612	R\$ 126,97	
82001286	Remoção de dentes inclusos/impactados	X	X	X		11 a 48 S1 a 85	X					único	Código inclui: retalho, osteotomia e odontoseção, caso necessário, curetagem alveolar para remoção de possíveis lesões periapicais associadas, remoção de tecido pericoronário, alveoloplastia e sutura. Radiografias incluídas no procedimento. Código deverá ser solicitado quando o dente não estiver erupcionado na cavidade oral, estando completamente rodeado por osso e mucosa	601, 610, 612	R\$ 251,43	
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / Impactados	X	X	X		11 a 48 S1 a 85	X					único	Código inclui: retalho, osteotomia e odontoseção, caso necessário, curetagem alveolar para remoção de possíveis lesões periapicais associadas, remoção de tecido pericoronário, alveoloplastia e sutura. Radiografias incluídas no procedimento. O código deverá ser solicitado quando o dente se apresenta parcialmente retido em osso e/ou mucosa, parcialmente erupcionado na cavidade bucal.	601, 602, 606, 610, 612	R\$ 148,03	
82001731	Exodontia de semi-incluso/impactado supranumerário	X	X	X	> 6 anos	19, 29, 39, 49	X					único	Código inclui: retalho, osteotomia e odontoseção, caso necessário, curetagem alveolar para remoção de possíveis lesões periapicais associadas, remoção de tecido pericoronário, alveoloplastia e sutura. Radiografias incluídas no procedimento. O código deverá ser solicitado quando o dente se apresenta parcialmente retido em osso e/ou mucosa, parcialmente erupcionado na cavidade bucal.	601, 602, 604, 605, 606, 607, 610, 612, 613, 614	R\$ 148,03	
82001740	Exodontia de incluso/impactado supranumerário	X	X	X	> 6 anos	19, 29, 39, 49	X					único	Código inclui: retalho, osteotomia e odontoseção, caso necessário, curetagem alveolar para remoção de possíveis lesões periapicais associadas, remoção de tecido pericoronário, alveoloplastia e sutura. Radiografias incluídas no procedimento. Código deverá ser solicitado quando dente não estiver erupcionado na cavidade oral, estando completamente rodeado por osso e mucosa.	601, 610, 612	R\$ 251,43	
82000743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	X	X	X							X	12 meses	Código utilizado quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial. Necessário encaminhar laudo histopatológico.	601, 609, 610	R\$ 180,72	
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	X	X		> 18 anos	S1 a S6					X	12 meses	Não é pertinente a solicitação concomitante dos procedimentos: Remoção ou Correção de Bidas Musculares (82001545), Bridetomia (82000301) ou Bridectomia (82000298).	601, 606, 610, 614	R\$ 130,90	
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos na região buco-maxilo facial	X	X									12 meses	Exclusivo para as despesas da análise laboratorial.	601, 609	R\$ 52,33	
82000883	Frenulectomia labial	X	X									único	Não poderá ser solicitada concomitante com a frenulotomia labial (82000905). Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	601, 602, 604, 606, 610, 612	R\$ 128,54	
82000905	Frenulotomia labial	X	X									único	Não poderá ser solicitada concomitante com a frenulotomia labial (82000905). Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	601, 604, 606, 610, 612	R\$ 128,54	
82000891	Frenulectomia lingual	X	X									único	Não poderá ser solicitada concomitante com a frenulotomia lingual (82000913). Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	601, 604, 606, 610, 612	R\$ 144,57	
82000913	Frenulotomia lingual	X	X									único	Não poderá ser solicitada concomitante com a frenulectomia lingual (82000891). Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	601, 604, 606, 610, 612	R\$ 144,57	
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	X	X	X							X	único	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Quando a lesão estiver associada a elementos dentários com indicação de extração, este código não poderá ser utilizado concomitante aos códigos de exodontias. Não poderá ser solicitado concomitantemente aos códigos de cirurgias parendodônticas. Radiografias incluídas no procedimento. Necessário encaminhar laudo histopatológico. Pode ser solicitada radiografia complementar.	601, 609, 610	R\$ 180,72	
82001758	Marsupialização de cistos odontológicos	X	X	X							X	único	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Não indicado em lesões infectadas Encaminhar laudo histopatológico.	601, 609	R\$ 221,89	
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	X	X									único	Remoção cirúrgica de lesão dos tecidos moles, principalmente lábios, causada por retenção de saliva devido a obstrução de glândulas salivares.	601, 604, 609, 610, 612	R\$ 101,51	
82000808	Exérese ou excisão de rânula	X	X									único	Remoção cirúrgica de lesão causada por retenção de saliva devido a obstrução de glândulas salivares (submandibular e sublingual), localizada no assoalho de boca.	601, 604, 609, 610, 612	R\$ 181,97	
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	X	X	X								X	único	Coleta de material para análise citológica, por meio de punção aspirativa na região buco-maxilo-facial. Inclui acondicionamento e envio do material para o laboratório, inclusive emissão de relatório clínico. Necessário encaminhar laudo com solicitação do exame contendo hipótese diagnóstica e histórico clínico da lesão.	601, 609	R\$ 105,28
82001120	Punção aspirativa orientada por imagem na região buco-maxilo-facial	X	X	X								X	único	Coleta de material para análise citológica, por meio de punção aspirativa na região buco-maxilo-facial, guiada por exame imagiológico (ultrassom).Inclui acondicionamento e envio do material para o laboratório, inclusive emissão de relatório clínico. Necessário encaminhar laudo com solicitação do exame contendo hipótese diagnóstica e histórico clínico da lesão.	601, 609	R\$ 105,28
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	X										6 meses	Cobertura obrigatória na segmentação odontológica quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Consiste em reposicionamento do côndilo para dentro da cavidade mandibular, realizada em ambiente ambulatorial (quando na abertura máxima da boca ocorrer o deslocamento do processo condilar para fora da cavidade mandibular e o paciente não for capaz de recolocá-la).	601, 602, 611	R\$ 125,72	
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	X	X	X	> 15 anos						X	6 meses	Não poderá ser solicitado concomitantemente com Diagnóstico e tratamento de trismo (81000545) e Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM) (82001197). Cobertura obrigatória na segmentação odontológica quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Consiste em reposicionamento da ATM, por meio de manobras (Atterbury, Watson Jones) e técnica medicamentosa. Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado.	602, 604, 605, 612, 613	R\$ 63,47	
81000545	Diagnóstico e tratamento de trismo	X	X	X	> 15 anos						X	6 meses	Não poderá ser solicitado concomitantemente com Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM) (82001197) Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado.	601, 602, 611, 612	R\$ 43,59	
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo- facial	X	X	X					X	X	X	6 meses	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado.	601, 609, 610	R\$ 180,72	
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	X	X	X			X			X	X	6 meses	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado. Radiografias incluídas no procedimento.	601, 610	R\$ 214,18	
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos /cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	X	X	X			X			X	X	12 meses	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado. Radiografias incluídas no procedimento.	601, 609, 610	R\$ 214,18	

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AUT	AI	Faixa etária	Dente/Região	Face	Exatidão RX final	Foto/túros exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$	
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco- maxilo-facial	X	X		X					X	12 meses	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado.	601, 609, 610	R\$ 180,72	
82000239	Biópsia de boca	X	X		X					X	12 meses	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Código não poderá ser solicitado concomitantemente com códigos referentes a retirada de lesão, quando esta retirada for parte do ato cirúrgico principal. Para estes casos, deverá ser solicitado código específico da cirurgia e não procedimentos de biópsia. Necessário encaminhar laudo histopatológico e justificativa terapêutica.	601, 609, 610	R\$ 105,29	
82000247	Biópsia de glândula salivar	X	X		X					X	12 meses	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Código não poderá ser solicitado concomitantemente com códigos referentes a retirada de lesão, quando esta retirada for parte do ato cirúrgico principal. Para estes casos, deverá ser solicitado código específico da cirurgia e não procedimentos de biópsia. Necessário encaminhar laudo histopatológico e justificativa terapêutica.	601, 609, 610	R\$ 115,34	
82000255	Biópsia de lábio	X	X		X					X	12 meses	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Código não poderá ser solicitado concomitantemente com códigos referentes a retirada de lesão (exérese ou excisão de mucocele - 82000794), quando esta retirada for parte do ato cirúrgico principal. Para estes casos, deverá ser solicitado código específico da cirurgia e não procedimentos de biópsia. Necessário encaminhar laudo histopatológico e justificativa terapêutica.	601, 609, 610	R\$ 56,65	
82000263	Biópsia de língua	X	X		X					X	12 meses	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Código não poderá ser solicitado concomitantemente com códigos referentes a retirada de lesão, quando esta retirada for parte do ato cirúrgico principal. Para estes casos, deverá ser solicitado código específico da cirurgia e não procedimentos de biópsia. Necessário encaminhar laudo histopatológico e justificativa terapêutica.	601, 609, 610	R\$ 70,26	
82000271	Biópsia de mandíbula	X	X		X					X	único	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Código não poderá ser solicitado concomitantemente com códigos referentes a retirada de lesão (tórus mandibular, cistos e odontomas), quando esta retirada for parte do ato cirúrgico principal. Para estes casos, deverá ser solicitado código específico da cirurgia e não procedimentos de biópsia. Necessário encaminhar laudo histopatológico e justificativa terapêutica.	601, 609, 610	R\$ 157,14	
82000280	Biópsia de maxila	X	X		X					X	único	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Código não poderá ser solicitado concomitantemente com códigos referentes a retirada de lesão (tórus palatino, cistos e odontomas), quando esta retirada for parte do ato cirúrgico principal. Para estes casos, deverá ser solicitado código específico da cirurgia e não procedimentos de biópsia. Necessário encaminhar laudo histopatológico e justificativa terapêutica.	601, 609, 610	R\$ 108,46	
82001367	Remoção de odontoma	X	X		X			X			12 meses	Código não poderá ser solicitado concomitante às biópsias de maxila (82000280) e mandíbula (82000271). Radiografias incluídas no procedimento.	601	R\$ 251,43	
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	X	X		X			X			12 meses	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Procedimento cirúrgico para correção de comunicação entre a cavidade oral e nasal. Radiografias incluídas no procedimento.	601	R\$ 176,46	
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	X	X		X			X			12 meses	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Procedimento cirúrgico para correção de comunicação entre a cavidade oral e o seio maxilar. Radiografias incluídas no procedimento.	601, 609, 610, 611	R\$ 171,29	
82001022	Incisão e Drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	X									12 meses	Procedimento cirúrgico pode incluir colocação de dreno, quando necessário.	601, 611	R\$ 94,29	
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	X	X								único	Código deve ser utilizado quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial.	601, 609, 610, 611	R\$ 153,21	
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica		X		X > 5 anos	11 a 49	X				único	Procedimento cirúrgico para exposição ou acesso da coroa de dente permanente incluso, visando laçar a coroa do elemento dentário com fio ortodôntico ou colar dispositivo ortodôntico com amarrinho, para posterior tracionamento e posicionamento na arcada dentária. Código inclui colagem do dispositivo ortodôntico com amarrinho, para posterior tracionamento e posicionamento na arcada dentária. Radiografias incluídas no procedimento.	601	R\$ 210,58	
82000395	Cirurgia para tórus palatino	X	X		X > 18 anos			X	X		X	único	Procedimento cirúrgico para remoção de exostose óssea palatina. Código não poderá ser solicitado concomitante ao procedimento Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos /cartilagosos na região buco-maxilo-facial (82001596). Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado. Radiografias incluídas no procedimento.	601, 610	R\$ 150,86
82000352	Cirurgia para exostose maxilar	X	X		X > 18 anos			X	X		X	único	Procedimento cirúrgico para remoção de exostose óssea na maxila, que ocorram em regiões que não a palatina. Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado. Radiografias incluídas no procedimento.	601, 610	R\$ 150,86
82000387	Cirurgia para tórus mandibular – unilateral	X	X		X > 18 anos			X	X		X	único	Procedimento cirúrgico para remoção de exostose óssea na mandíbula, localizada unilateralmente. Código não poderá ser solicitado concomitante com o procedimento Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos /cartilagosos na região buco-maxilo-facial (82001596). Nos casos de exostose bilateral deverá ser solicitado o código Cirurgia para tórus mandibular – bilateral (82000360). Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado. Radiografias incluídas no procedimento.	601, 610	R\$ 150,86
82000360	Cirurgia para tórus mandibular – bilateral	X	X		X > 18 anos			X	X		X	único	Procedimento cirúrgico para remoção de exostose óssea na mandíbula, localizada bilateralmente. Código não poderá ser solicitado concomitante com o procedimento Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos /cartilagosos na região buco-maxilo-facial (82001596). Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado. Radiografias incluídas no procedimento.	601, 610	R\$ 210,89
82001251	Reimplante dentário com contenção	X				11 a 49					único	Código deve ser utilizado por elemento avulsionado. Inclui a utilização de materiais necessários para tal procedimento, bem como a sua manutenção. Nos casos de imobilização dentária por razões de doença periodontal (esplintagem), o código a ser utilizado deverá ser o de Imobilização dentária em dentes permanentes (85300020).	601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 609, 610, 611, 612, 613, 614	R\$ 196,43	

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AU T	AI	Faixa etária	Dente/região	Face	Exatidão RX final	Foto/outros exames	Laudo/termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
82000298	Bridectomia	X	X		> 18 anos						único	Indicado quando as bridas estiverem provocando dificuldades de inserção e adaptação de próteses, independentemente da quantidade de bridas removidas. Quando a correção cirúrgica possui código específico, a exemplo das frenulectomias e do aprofundamento/aumento de vestibulo, deve-se optar pela codificação específica. Não poderá ser solicitado concomitante com bridotomia (82000301). Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	601, 606, 610	R\$ 149,29
82000301	Bridotomia	X	X								único	Indicado quando as bridas estiverem provocando alterações periodontais, retrações gengivais, ou dificultando a adaptação de próteses, independentemente da quantidade de bridas. Quando a correção cirúrgica possui código específico, a exemplo das frenulectomias e do aprofundamento/aumento de vestibulo, deve-se optar pela codificação específica. Não poderá ser solicitado concomitante com bridectomia (82000298). Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	601, 606, 610	R\$ 131,37
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial	X	X		> 18 anos						único	Não poderá ser solicitado concomitantemente com bridectomia (82000298) e bridotomia (82000301). Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	601, 602, 606, 610, 612	R\$ 91,08
82001170	Redução <u>cruenta</u> de fratura alvéolo dentária	X									único	Tratamento de fraturas do osso alveolar através de redução por meio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentos ósseos fraturados e contenção rígida/osteossíntese. Código inclui esplintagem, material e manutenção.	601, 602, 606, 609, 610, 611, 612, 614	R\$ 183,39
82001189	Redução <u>incruenta</u> de fratura alvéolo dentária	X									único	Tratamento de fraturas do osso alveolar através de redução por meio de manobra bi digital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados e contenção com odontossíntese. Código inclui esplintagem, material e manutenção.	601, 602, 606, 609, 610, 611, 612, 614	R\$ 160,28
82000468	Controle de hemorragia <u>com</u> aplicação de agente hemostático em região buco maxilo-facial	X									12 meses	Tratamento ambulatorial de hemorragias decorrente de exodontia e/ou cirurgia periodontal em que, além dos meios operatórios usuais (sutura, ligadura, compressão, eletrocoagulação), sejam empregados agentes hemostáticos.	601, 602, 606, 609, 610, 611, 612, 614	R\$ 51,23
82000484	Controle de hemorragia <u>sem</u> aplicação de agente hemostático em região buco maxilo-facial	X									12 meses	Tratamento ambulatorial de hemorragias decorrente de exodontia e/ou cirurgia periodontal em que, além dos meios operatórios usuais (sutura, ligadura, compressão, eletrocoagulação), sem a utilização de agentes hemostáticos.	601, 602, 606, 609, 610, 611, 612, 614	R\$ 50,28
82001650	Tratamento de alveolite	X									único	Aplica-se somente a casos de complicações posteriores a alveoloplastias e exodontias. Código inclui eventual uso de agente medicamentoso tópico.	601, 602, 604, 606, 610, 611, 612, 614	R\$ 51,32
82001391	Retirada de corpo estranho orontral ou oronasal da região buco-maxilo-facial	X	X	X			X		X		12 meses	Radiografias incluídas no procedimento. Necessário encaminhar laudo que justifique o tratamento solicitado.	601, 610, 611	R\$ 229,11
82001413	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo- facial	X	X								12 meses	Acesso cirúrgico para remoção de corpo estranho, fragmento dentário ou dente.	601, 610, 611	R\$ 73,55
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	X									12 meses	Para a segmentação odontológica a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Sutura de uma ou múltiplas feridas traumáticas da região facial, incluindo lábios, passível de realização em ambiente ambulatorial. Não se aplica em casos de sutura intrabucal ou extrabucal conexas com procedimentos cirúrgicos principais, tais como exodontias, enxertos, remoção de tumores, etc.	601, 602, 604, 606, 609, 610, 611, 612, 614	R\$ 125,72
82001766	Placa de contenção cirúrgica	X	X		> 18 anos						único	Este código TUSS deverá ser utilizado <u>em substituição</u> ao código Planejamento e confecção de guia cirúrgica para ortognática (71600000). Código inclui traçado predictivo e/ou planejamento da cirurgia (manuais e/ou computadorizados) e sua execução em modelos, quando necessário. Procedimento inclui confecção de guias pré e/ou transoperatórias para cirurgia ortognática.	601, 605, 613	R\$ 216,23
82001430	Retirada dos meios de fixação da região buco-maxilo-	X									único	Código deve ser utilizado quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial.	601	R\$ 122,58
82001308	Remoção dreno extraoral	X									12 meses	Código poderá ser solicitado quando for utilizado dreno no procedimento 82001022 - Incisão e drenagem Extraoral de Abscesso (retorno do paciente).	601, 602, 606, 609, 610, 611, 612, 614	R\$ 31,43
82001316	Remoção dreno intraoral	X									12 meses	Código poderá ser solicitado quando for utilizado dreno no procedimento 82001030 - Incisão e drenagem intraoral de Abscesso (retorno do paciente).	601, 602, 606, 609, 610, 611, 612, 614	R\$ 13,48
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores benignos odontogênicos - sem reconstrução	X	X	X			X		X		único	Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Radiografias incluídas no procedimento.	601, 609, 610	R\$ 198,15
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	X	X	X				X	X		12 meses	Cirurgia de reconstrução da área de gengiva ou mucosa que receberá prótese, visando aumento de retenção. Poderá ser solicitada fotografia para análise.	601	R\$ 261,96
81000189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	X	X		> 18 anos					X	12 meses	Este código TUSS deverá ser utilizado <u>em substituição</u> ao código Planejamento cirúrgico - implante dentário (71730001). Inclui a anamnese, exame clínico, radiografias, preenchimento do "Formulário do Planejamento de Tratamento - Implantodontia" e o "Termo de Esclarecimento em Implantodontia", além da preparação dos modelos de diagnóstico, quando necessário. Caso o planejamento seja realizado por dois profissionais diferentes de uma mesma equipe, estes deverão preencher o mesmo formulário, que deverá ser enviado via sistema a cada procedimento a ser realizado contido no referido formulário. Esse código deverá ser solicitado somente com códigos relacionados com a etapa cirúrgica. Termos para autorização: Formulário do Planejamento de Tratamento - Implantodontia preenchido integralmente e Termo de Esclarecimento em Implantodontia assinado pelo paciente. OBSERVAÇÃO: Em casos em que a etapa protética for executada por outro profissional de outra clínica, o implantodontista responsável pela etapa cirúrgica deverá preencher e assinar os campos referentes à etapa protética (Formulário do Planejamento de Tratamento - Implantodontia), mencionando neste campo (fase protética) o nome completo do profissional protesista, informando seus dados de contato (telefone/e-mail).	614	R\$ 80,95
85500062	Guia cirúrgico para implante		X		> 18 anos					X	único	Código inclui todo material necessário à confecção do guia cirúrgico para implante. Código também poderá ser utilizado pelo profissional que realizará a etapa protética, ficando a decisão a cargo dos profissionais envolvidos no caso clínico. Termos para autorização: Formulário do Planejamento de Tratamento - Implantodontia preenchido integralmente e Termo de Esclarecimento em Implantodontia assinado pelo paciente.	607, 614	R\$ 192,50
82000336	Cirurgia odontológica a retalho	X	X	X	> 18 anos	11 a 49	X			X	único	Este código TUSS deverá ser utilizado <u>em substituição</u> aos códigos Exodontia c/ enxerto ósseo - com ou sem membrana (71750 dente dígito), Exodontia extranumerário c/ enxerto ósseo - com ou sem membrana (71750908), Remoção raiz residual/ resto radicular c/ enxerto ósseo - com ou sem membrana (71760 dente dígito) e Remoção raiz residual/ resto radicular extranumerário c/ enxerto ósseo - com ou sem membrana (71760903). Código não poderá ser solicitado para a mesma área/região concomitantemente com códigos de enxertia 82000620, 82000581, 82000603. Código não poderá ser solicitado concomitantemente com os códigos de exodontia: 82001740, 82000875, 82000859, 82000816, 82000832, 82001286, 82001294 e 82001731. Inclui biomateriais, osso homólogo, membranas e materiais de fixação, quando necessários. Inclui a curetagem alveolar para remoção de possíveis lesões periapicais associadas, alveoloplastia e sutura. Radiografias incluídas no procedimento. Termos para auditoria: Formulário do Planejamento de Tratamento - Implantodontia preenchido integralmente e Termo de Esclarecimento em Implantodontia assinado pelo paciente.	614	R\$ 424,29

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AU T	AI	Faixa etária	Dente/Região	Face	Exatidão RX final	Foto/ouros exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
82000620	Enxerto com osso iliofiliado		X	X	X > 18 anos	S1 a S6	X	X		X	único	Código inclui biomateriais, osso homólogo, membranas e materiais de fixação, quando necessários. Radiografias incluídas no procedimento. Não poderá ser solicitado concomitantemente com os procedimentos de levantamento de seio maxilar (82001049 e 82001057), instalação de implante com levantamento traumático de seio maxilar, com enxerto (7180 dente dígito) e alveoplastia (82000034). Termos para auditoria: Formulário do Planejamento de Tratamento – Implantodontia preenchido integralmente e Termo de Esclarecimento em Implantodontia assinado pelo paciente.	601, 614	R\$ 762,62
82000581	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	X	X		X > 18 anos	S1 a S6	X	X		X	único	Procedimento para aumento do tecido ósseo em região edêntula, em altura e/ou espessura utilizando osso disponível na cavidade oral, cuja região doadora seja a linha oblíqua da mandíbula (bilateralmente ou não). Código inclui os acessos cirúrgicos (campo doador (es) e receptor(es)), exceto para os casos de levantamento de seio maxilar. Inclui biomateriais, osso homólogo, membranas e materiais de fixação, quando necessários. Radiografias incluídas no procedimento. Não será custeado o procedimento com remoção de tecido de outra área doadora diferente da linha oblíqua. Termos para auditoria: Formulário do Planejamento de Tratamento – Implantodontia preenchido integralmente e Termo de Esclarecimento em Implantodontia assinado pelo paciente.	601, 614	R\$ 1.526,96
82000603	Enxerto com osso autógeno do mento	X	X		X > 18 anos	S1 a S6	X	X		X	único	Código inclui os acessos cirúrgicos (campo doador (es) e receptor(es)), exceto para os casos de levantamento de seio maxilar. Inclui biomateriais, osso homólogo, membranas e materiais de fixação, quando necessários. Radiografias incluídas no procedimento. Não será custeado o procedimento com remoção de tecido de outra área doadora diferente do mento. Termos para auditoria: Formulário do Planejamento de Tratamento – Implantodontia preenchido integralmente e Termo de Esclarecimento em Implantodontia assinado pelo paciente.	601, 614	R\$ 1.526,96
82001049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno		X	X	X > 18 anos	HASD / HASE	X	X		X	único	Código inclui a utilização de todo material necessário ao procedimento, inclusive biomateriais, membranas, materiais de fixação e eventual uso complementar de osso não-autógeno, quando necessários. Radiografias incluídas no procedimento. Não pode ser solicitado concomitantemente, para o mesmo hemiarco, com o procedimento de Levantamento do seio maxilar com osso homólogo (82001057). Termos para auditoria: Formulário do Planejamento de Tratamento – Implantodontia preenchido integralmente e do Termo de Esclarecimento em Implantodontia assinado pelo paciente. É necessário aguardar um período de 6 meses para reabilitação com implantes.	601, 614	R\$ 1.505,91
82001057	Levantamento do seio maxilar com osso homólogo		X	X	X > 18 anos	HASD / HASE	X	X		X	único	Código inclui a utilização de todo material necessário ao procedimento, inclusive biomateriais, membranas, enxerto e materiais de fixação, quando necessários. Radiografias incluídas no procedimento. Não pode ser solicitado concomitantemente, para o mesmo hemiarco, com o procedimento de Levantamento do seio maxilar com osso autógeno (82001049). Termos para auditoria: Formulário do Planejamento de Tratamento – Implantodontia preenchido integralmente e do Termo de Esclarecimento em Implantodontia assinado pelo paciente. É necessário aguardar um período de 6 meses para reabilitação com implantes.	601, 614	R\$ 1.505,91
71800140 71800247 71800158 71800255 71800166 71800263 71800174 71800271 71800182 71800280 71800190 71800298	Instalação de implante com levantamento traumático de seio maxilar, com enxerto		X	X	X > 18 anos	14 a 19 24 a 29	X	X		X	único	Código inclui a utilização de todo material necessário ao procedimento, inclusive implantes, cicatrizadores, biomateriais, membranas e enxertos autógeno, homólogo, alógeno, xenógeno ou mesmo associação entre eles. Procedimento visa ganho em altura na região através de uma elevação traumática do seio maxilar, onde a membrana do seio é ligeiramente deslocada apicalmente, via alveolar. Não indicado para casos onde a cirurgia será realizada através de janela aberta no seio maxilar. Radiografias incluídas no procedimento. Não poderá ser solicitado concomitantemente com qualquer outro código de levantamento de seio maxilar na mesma hemiarcada (82000620, 82000581, 82000603, 82001049 e 82001057). Termos para auditoria: Formulário do Planejamento de Tratamento – Implantodontia preenchido integralmente e do Termo de Esclarecimento em Implantodontia assinado pelo paciente.	614	R\$ 1.414,29
82000980	Implante ósseo integrado		X	X	X > 18 anos	11 a 49	X	X		X	único	Código inclui todo material necessário ao procedimento, inclusive implantes, cicatrizadores, biomateriais, membranas e enxertos autógeno, homólogo, alógeno, xenógeno ou mesmo associação entre eles. Somente poderá ser autorizado após 3 meses da data de realização dos procedimentos de enxertia utilizando enxerto (82000620, 82000581 e 82000603) e após 6 meses da data de realização dos procedimentos de levantamento de seio maxilar (82001049 e 82001057). É de responsabilidade do profissional executante a repetição da instalação em caso de insucesso de osseointegração pós-cirúrgica (até 3 meses após a cirurgia). Radiografias incluídas no procedimento. Termos para auditoria: Formulário do Planejamento de Tratamento – Implantodontia preenchido integralmente e do Termo de Esclarecimento em Implantodontia assinado pelo paciente.	614	R\$ 1.125,77
82001138	Reabertura - colocação de cicatrizador		X		> 18 anos	11 a 49					único	Inclui a colocação do cicatrizador/abutment. O procedimento também poderá ser utilizado pelo profissional que realizará a etapa protética, caso seja este que venha a fazer a abertura.	607, 614	R\$ 90,83
82001324	Remoção de implante dentário não osseointegrado		X	X	> 18 anos	11 a 49	X			X	único	Código deverá ser solicitado também para implantes ósseos integrados insatisfatórios (posicionamentos iatrogênicos, fraturas, etc.) mediante laudo com justificativa da indicação da explantação. A autorização para a remoção do implante não caracteriza uma nova autorização de implante na mesma região. Radiografias incluídas no procedimento.	614	R\$ 127,15
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	X	X			11 a 49 51 a 89	X				24 meses	Código deverá ser utilizado quando houver a necessidade de recuperar as funções/formas de um dente que tenha sido afetado, independente da causa, na vestibular (V) ou palatina/lingual (P/L) ou oclusal (O) ou mesial (M) ou distal (D), desde que não haja comunicação entre as faces. Inclui todas as etapas previstas, inclusive forramento e polimento. Deverá ser solicitado quando a restauração a ser realizada não envolver faces contíguas. Não poderá ser solicitado o mesmo código mais de uma vez para a mesma face, no mesmo ato operatório.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 57,67
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	X	X			14 a 19 24 a 29 34 a 39 44 a 49 54 a 59 64 a 69 74 a 79 84 a 89	X				24 meses	Código deverá ser utilizado quando houver a necessidade de recuperar as funções/formas de um dente que tenha sido afetado, independente da causa, na médio-oclusal (MO), disto-oclusal (DO), vestibulo-oclusal (VO), oclusal- palatina/lingual (OP/OL), desde que haja comunicação entre as duas faces envolvidas. Inclui todas as etapas previstas, inclusive forramento e polimento. Deverá ser solicitado quando a restauração a ser realizada não envolver mais que 2 faces contíguas.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 78,57

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AU T	AI	Faixa etária	Dente/Região	Face	Exatidão RX final	Foto/Outros exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	X	X			14 a 19 24 a 29 34 a 39 44 a 49 54 a 59 64 a 69 74 a 79 84 a 89	X				24 meses	Código deverá ser utilizado quando houver a necessidade de recuperar as funções/formas de um dente que tenha sido afetado, independente da causa, na mesial-oclusal-distal (MOD), mesial-oclusal-vestibular (MOV), mesial-oclusal- palatina/lingual (MOP/L), distal-oclusal-vestibular (DOV), distal-oclusal-palatina/lingual (DOP/L), oclusal-vestibular-palatina/lingual (OVP/L), desde que haja comunicação entre as três faces envolvidas. Deverá ser solicitada em casos de comprometimento de ângulo. Inclui todas as etapas previstas, inclusive forramento e polimento. Deverá ser solicitado quando a restauração a ser realizada não envolver mais que 3 faces contíguas.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 86,43
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	X	X			14 a 19 24 a 29 34 a 39 44 a 49 54 a 59 64 a 69 74 a 79 84 a 89	X				24 meses	Código deverá ser utilizado quando houver a necessidade de recuperar as funções/formas de um dente que tenha sido afetado, independente da causa, na mesial-oclusal-distal-vestibular (MODV), mesial-oclusal-distal- palatina/lingual (MODP/L), vestibular-oclusal-mesial-palatina/lingual (VOMP/L), vestibular-oclusal-distal-palatina/lingual (VODP/L), desde que haja comunicação entre as quatro faces envolvidas. Inclui todas as etapas previstas, inclusive forramento e polimento. Deverá ser solicitado quando a restauração a ser realizada envolver 4 ou mais faces contíguas.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 91,62
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável – 1 face	X	X			11 a 49 51 a 89	X				24 meses	Código deverá ser utilizado quando houver a necessidade de recuperar as funções/formas de um dente que tenha sido afetado, independente da causa, na vestibular (V) ou palatina/lingual (P/L) ou oclusal (O) ou mesial (M) ou distal (D), desde que não haja comunicação entre as faces. Inclui todas as etapas previstas, inclusive forramento e polimento. Deverá ser solicitado quando a restauração a ser realizada não envolver faces contíguas.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 77,32
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável – 2 faces	X	X			11 a 49 51 a 89	X				24 meses	Código deverá ser utilizado quando houver a necessidade de recuperar as funções/formas de um dente que tenha sido afetado, independente da causa, na méso-oclusal (MO), disto-oclusal (DO), vestibulo-oclusal (VO), oclusal- palatina/lingual (OP/OL), desde que haja comunicação entre as duas faces envolvidas. Inclui todas as etapas previstas, inclusive forramento e polimento. Deverá ser solicitado quando a restauração a ser realizada não envolver mais que 2 faces contíguas.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 100,41
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável – 3 faces	X	X			11 a 49 51 a 89	X				24 meses	Código deverá ser utilizado quando houver a necessidade de recuperar as funções/formas de um dente que tenha sido afetado, independente da causa, na mesial-oclusal-distal (MOD), mesial-oclusal-vestibular (MOV), mesial-oclusal- palatina/lingual (MOP/L), distal-oclusal-vestibular (DOV), distal-oclusal-palatina/lingual (DOP/L), oclusal-vestibular-palatina/lingual (OVP/L), desde que haja comunicação entre as três faces envolvidas. Deverá ser solicitada em casos de comprometimento de ângulo. Inclui todas as etapas previstas, inclusive forramento e polimento. Deverá ser solicitado quando a restauração a ser realizada não envolver mais que 3 faces contíguas.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 118,01
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	X	X			11 a 49 51 a 89	X				24 meses	Código deverá ser utilizado quando houver a necessidade de recuperar as funções/formas de um dente que tenha sido afetado, independente da causa, na mesial-oclusal-distal-vestibular (MODV), mesial-oclusal-distal- palatina/lingual (MODP/L), vestibular-oclusal-mesial-palatina/lingual (VOMP/L), vestibular-oclusal-distal-palatina/lingual (VODP/L), desde que haja comunicação entre as quatro faces envolvidas. Inclui todas as etapas previstas, inclusive forramento e polimento. Deverá ser solicitado quando a restauração a ser realizada envolver 4 ou mais faces contíguas.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 129,33
85100048	Colagem de fragmentos dentários	X	X			11/12/13 21/22/23 31/32/33 41/42/43 51/52/53 61/62/63 71/72/73 81/82/83					12 Meses	Consiste no reposicionamento e colagem de fragmentos dentários, por meio da utilização de material adesivo.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 82,97
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	X	X			51 a 89					24 meses	Consiste na remoção de tecido cariado com auxílio de instrumentos manuais e posterior selamento das cavidades com cimento de ionômero de vidro. Independente do número de faces envolvidas, ou seja, o critério é "por elemento dentário".	602, 604, 610, 611, 612	R\$ 39,29
85100137	Restauração de ionômero de vidro – 1 face	X	X			11 a 49 51 a 89	X				12 Meses	Consiste na remoção de todo o tecido cariado e posterior selamento da cavidade com cimento de ionômero de vidro. Deverá ser utilizado quando houver a necessidade de recuperar a face vestibular (V) ou palatina/lingual (P/L) ou oclusal (O) ou mesial (M) ou distal (D), desde que não haja comunicação entre as faces. Deverá ser solicitado quando a restauração a ser realizada não envolver faces contíguas.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 60,19
85100145	Restauração de ionômero de vidro – 2 faces	X	X			11 a 49 51 a 89	X				12 Meses	Consiste na remoção de todo o tecido cariado e posterior selamento da cavidade com cimento de ionômero de vidro. Deverá ser utilizado quando houver a necessidade de recuperar as faces méso-oclusal (MO), ou disto-oclusal (DO), ou vestibulo-oclusal (VO), ou oclusal-palatina/lingual (OP/OL), desde que haja comunicação entre as duas faces envolvidas. Deverá ser solicitado quando a restauração a ser realizada não envolver mais de 2 faces contíguas.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 60,19
85100153	Restauração de ionômero de vidro – 3 faces	X	X			11 a 49 51 a 89	X				12 Meses	Consiste na remoção de todo o tecido cariado e posterior selamento da cavidade com cimento de ionômero de vidro. Deverá ser utilizado quando houver a necessidade de recuperar as faces mesial-oclusal-distal (MOD), mesial-oclusal-vestibular (MOV), mesial-oclusal-palatina/lingual (MOP/L), distal-oclusal-vestibular (DOV), distal-oclusal- palatina/lingual (DOP/L), ou oclusal-vestibular-palatina/lingual (OVP/L), desde que haja comunicação entre as três faces envolvidas. Deverá ser solicitado quando a restauração a ser realizada não envolver mais de 3 faces contíguas.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 60,19
85100161	Restauração de ionômero de vidro – 4 faces	X	X			11 a 49 51 a 89	X				12 Meses	Código deverá ser utilizado quando houver a necessidade de recuperar as faces mesial-oclusal-distal-vestibular (MODV), mesial-oclusal-distal-palatina/lingual (MODP/L), vestibular-oclusal-mesial-palatina/lingual (VOMP/L), vestibular-oclusal-distal-palatina/lingual (VODP/L), ou desde que haja comunicação entre as quatro faces envolvidas. Deverá ser solicitado quando a restauração a ser realizada envolver 4 ou mais faces contíguas.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 60,19
85300012	Dessensibilização dentária	X	X			51 a 56					6 meses	Código deverá ser utilizado como tratamento da hipersensibilidade dentária. Deverá ser utilizado restritamente nos casos clínicos sintomáticos, uma vez que não há indicação clínica do uso de dessensibilizantes em caráter preventivo. Deverá ser autorizado por sessão.	602, 604, 606, 607, 610, 611, 612	R\$ 39,29
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	X				11 a 49 51 a 89					12 Meses	Não poderá ser autorizado juntamente com o procedimento de capeamento pulpar direto (85100013). Não poderá ser cobrado em tratamento endodôntico, pois seu valor já se encontra incluído nos preços previstos para os códigos de endodontia.	602, 603, 604, 610, 611, 612	R\$ 33,47

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AU T	AI	Faixa etária	Dente/Região	Face	Exatidão	Exatidão	Foto/Outros exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
85100064	Faceta <u>direta</u> em resina fotopolimerizável	X	X			11/12/13 21/22/23 31/32/33 41/42/43						24 meses	Consiste na aplicação e escultura de uma ou mais camadas de resina composta sobre a superfície vestibular do dente para favorecer, principalmente, um melhor resultado estético. Indicações: corrigir alterações de cor, forma ou posição. Independente do número de faces envolvidas, ou seja, o critério é "por elemento dentário". Portanto, não poderá ser utilizado concomitante aos códigos 85100196, 85100200, 85100218, 85100226.	602, 604, 607, 612	R\$ 131,11
87000040	Coroa de acetato em dente <u>permanente</u>	X	X	X	< 18 anos	11 a 49		X				12 Meses	Cobertura obrigatória quando preenchido o seguinte critério, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente: Necessidade de reabilitação protética de dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 604, 610, 612	R\$ 127,28
87000059	Coroa de aço em dente permanente	X	X	X	< 18 anos	11 a 49		X				12 Meses	Cobertura obrigatória quando preenchido o seguinte critério, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente: Necessidade de reabilitação protética de dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 604, 610, 612	R\$ 127,28
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente	X	X	X	< 18 anos	11 a 49		X				12 Meses	Cobertura obrigatória quando preenchido o seguinte critério, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente: Necessidade de reabilitação protética de dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 604, 610, 612	R\$ 127,28
85100013	Capeamento pulpar direto	X	X			11 a 49						único	Consiste em aplicar material específico diretamente sobre a polpa dentária para permitir sua cicatrização e consequente formação de tecido dentinário, e assim evitar o tratamento endodôntico. Inclui restauração temporária.	602, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 65,53
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	X	X	X	> 6 anos	11 a 49	X	X				único	Consiste em realizar acesso a câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico, mecânico e preenchimento do conduto com material obturador. Independente do número de condutos radiculares presentes no elemento dentário unirradicular. Incluem a utilização de isolamento absoluto, reconstrução dental para isolamento absoluto e restaurações temporárias. Radiografias incluídas no procedimento. Inclui o preparo para núcleo intrarradicular (85200026), caso seja necessário. Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	603, 610, 612	R\$ 229,11
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	X	X	X	> 6 anos	14 / 15 / 19 24 / 25 / 29 34 / 35 / 39 44 / 45 / 49	X	X				único	Consiste em realizar acesso a câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico, mecânico e preenchimento do conduto com material obturador. Independente do número de condutos radiculares presentes no elemento dentário birradicular. Incluem a utilização de isolamento absoluto, reconstrução dental para isolamento absoluto e restaurações temporárias. Radiografias incluídas no procedimento. Inclui o preparo para núcleo intrarradicular (85200026), caso seja necessário. Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	603, 610, 612	R\$ 288,05
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	X	X	X	> 6 anos	16 a 19 26 a 29 36 a 39 46 a 49	X	X				único	Consiste em realizar acesso a câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico, mecânico e preenchimento do conduto com material obturador. Independente do número de condutos radiculares presentes no elemento dentário multirradicular. Incluem a utilização de isolamento absoluto, reconstrução dental para isolamento absoluto e restaurações temporárias. Radiografias incluídas no procedimento. Inclui o preparo para núcleo intrarradicular (85200026), caso seja necessário. Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	603, 610, 612	R\$ 458,39
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	X	X	X	> 6 anos	11 a 49	X	X			X	único	Consiste na remoção do material obturador, preparo químico-mecânico e seu preenchimento com novo material obturador. Independente do número de condutos radiculares presentes no elemento dentário unirradicular. Incluem a utilização de isolamento absoluto, reconstrução dental para isolamento absoluto e restaurações temporárias. Radiografias incluídas no procedimento. Inclui o preparo para núcleo intrarradicular (85200026), caso seja necessário. Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	603, 610, 612	R\$ 288,05
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	X	X	X	> 6 anos	14 / 15 / 19 24 / 25 / 29 34 / 35 / 39 44 / 45 / 49	X	X			X	único	Consiste na remoção do material obturador, preparo químico-mecânico e seu preenchimento com novo material obturador. Independente do número de condutos radiculares presentes no elemento dentário birradicular. Incluem a utilização de isolamento absoluto, reconstrução dental para isolamento absoluto e restaurações temporárias. Radiografias incluídas no procedimento. Inclui o preparo para núcleo intrarradicular (85200026), caso seja necessário. Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	603, 610, 612	R\$ 343,05
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	X	X	X	> 6 anos	16 a 19 26 a 29 36 a 39 46 a 49	X	X			X	único	Consiste na remoção do material obturador, preparo químico-mecânico e seu preenchimento com novo material obturador. Independente do número de condutos radiculares presentes no elemento dentário multirradicular. Incluem a utilização de isolamento absoluto, reconstrução dental para isolamento absoluto e restaurações temporárias. Radiografias incluídas no procedimento. Inclui o preparo para núcleo intrarradicular (85200026), caso seja necessário. Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	603, 610, 612	R\$ 550,01
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	X	X	X	> 6 anos	11 a 49	X	X			X	único	Consiste no tratamento para selamento da perfuração radicular, via endodôntica. Incluem a utilização de isolamento absoluto, reconstrução dental para isolamento absoluto e restaurações temporárias. Radiografias incluídas no procedimento. Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	603, 610, 612	R\$ 138,76
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	X	X	X	< 25 anos	11 a 49	X	X			X	único	Consiste em tratamento endodôntico específico, com a utilização de medicação intracanal, com objetivo de fechamento do ápice radicular por um tecido duro mineralizado (apificação). Incluem a utilização de isolamento absoluto, reconstrução dental para isolamento absoluto e restaurações temporárias. Inclui preenchimento do conduto com material obturador. Radiografias incluídas no procedimento. Inclui o preparo para núcleo intrarradicular (85200026), caso seja necessário. Código relativo ao procedimento, independente da técnica a ser utilizada.	603, 604, 610, 612	R\$ 330,00
85100056	Curativo de demora em endodontia	X	X			11 a 49 51 a 89						6 meses	Este código deverá ser utilizado nos casos de trocas de curativo em elementos dentários com reabsorção dentária interna ou externa, cujo diagnóstico seja também fundamentado por exames radiográficos. Não poderá ser solicitado concomitantemente com os procedimentos de tratamento endodôntico e de retratamento, sem que haja comprovação radiográfica da reabsorção interna ou externa.	603, 604, 610, 612	R\$ 78,89
85200174	Curativo endodôntico em situação de urgência	X	X			11 a 49 51 a 89						3 meses	Este código deverá ser utilizado EXCLUSIVAMENTE pela especialidade 611. Não poderá ser solicitado concomitantemente com os procedimentos de tratamento endodôntico, de retratamento e curativo de demora.	611	R\$ 23,62
85200042	Pulpotomia	X	X		< 18 anos	11 a 49						único	Consiste na remoção da porção coronária da polpa dentária em dente com vitalidade pulpar, excluindo a realização do tratamento endodôntico no mesmo ato operatório. Inclui a colocação de medicação local e obturação provisória.	602, 603, 604, 610, 611, 612	R\$ 69,46
85200034	Pulpectomia	X				11 a 49						único	Consiste no atendimento de casos de odontalgia aguda, com a abertura da câmara pulpar e remoção completa da polpa dos canais radiculares, sem que o mesmo profissional dê continuidade ao tratamento endodôntico. Poderá ser realizado pelo endodontista desde que seja um caso de emergência e que se trate de dente em que o mesmo credenciado não realizará o tratamento endodôntico; ou se houver interrupção do tratamento por qualquer motivo.	602, 603, 604, 610, 611, 612	R\$ 69,46
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	X	X		> 6 anos	11 a 49						único	Consiste na remoção de núcleo intrarradicular, com a finalidade de retratamento endodôntico e/ou reabilitação protética.	602, 603, 607, 610, 611, 612	R\$ 94,29
85200018	Clareamento de dente desvitalizado		X		> 15 anos	11 a 14 21 a 24 31 a 34 41 a 44						único	Consiste na aplicação de agente clareador na câmara pulpar do elemento dentário, independente da técnica empregada. Somente poderá ser aplicado em dentes anteriores e primeiros pré-molares desvitalizados. Independente do número de sessões que forem necessárias.	602, 603, 604, 610, 612	R\$ 113,14

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AU T	AI	Faixa etária	Dente/Região	Face	Exatidão	Exatidão	Exatidão	Foto/tomos exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	X	X		< 18 anos	51 a 89							único	Consiste na remoção da porção coronária da polpa dentária em dente decíduo com vitalidade pulpar, excluindo a realização do tratamento endodôntico no mesmo ato operatório. Inclui a colocação de medicação local e obturação provisória.	603, 604, 610, 611, 612	R\$ 96,96
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	X	X		> 6 anos	11 a 49	X	X					único	Procedimento cirúrgico para remoção de lesão na região periapical, seguida da ressecção do ápice radicular e da obturação do forame apical. Por elemento dentário. Não poderá ser solicitado concomitante ao procedimento de Exérese ou excisão de cistos odontológicos (82000786). Radiografias incluídas no procedimento.	601, 603	R\$ 263,21
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	X	X		> 6 anos	11 a 49	X	X					único	Procedimento cirúrgico para remoção de lesão na região periapical, seguida da ressecção do ápice radicular. Por elemento dentário. Não poderá ser solicitado concomitante ao procedimento de Exérese ou excisão de cistos odontológicos (82000786). Radiografias incluídas no procedimento.	601, 603	R\$ 223,93
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	X	X		> 6 anos	14 / 15 / 19 24 / 25 / 29 34 / 35 / 39 44 / 45 / 49	X	X					único	Procedimento cirúrgico para remoção de lesão na região periapical, seguida da ressecção do ápice radicular e da obturação do forame apical. Por elemento dentário. Não poderá ser solicitado concomitante ao procedimento de Exérese ou excisão de cistos odontológicos (82000786). Radiografias incluídas no procedimento.	601, 603	R\$ 310,36
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	X	X		> 6 anos	14 / 15 / 19 24 / 25 / 29 34 / 35 / 39 44 / 45 / 49	X	X					único	Procedimento cirúrgico para remoção de lesão na região periapical, seguida da ressecção do ápice radicular. Por elemento dentário. Não poderá ser solicitado concomitante ao procedimento de Exérese ou excisão de cistos odontológicos (82000786). Radiografias incluídas no procedimento.	601, 603	R\$ 269,82
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	X	X		> 6 anos	16 a 19 26 a 29 36 a 39 46 a 49	X	X					único	Procedimento cirúrgico para remoção de lesão na região periapical, seguida da ressecção do ápice radicular e da obturação do forame apical. Por elemento dentário. Não poderá ser solicitado concomitante ao procedimento de Exérese ou excisão de cistos odontológicos (82000786). Radiografias incluídas no procedimento.	601, 603	R\$ 366,62
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	X	X		> 6 anos	16 a 19 26 a 29 36 a 39 46 a 49	X	X					único	Procedimento cirúrgico para remoção de lesão na região periapical, seguida da ressecção do ápice radicular. Por elemento dentário. Não poderá ser solicitado concomitante ao procedimento de Exérese ou excisão de cistos odontológicos (82000786). Radiografias incluídas no procedimento.	601, 603	R\$ 311,62
82001030	Incisão e Drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	X											único	Procedimento cirúrgico para drenagem de secreção infecciosa de origem bucal através de uma punção/incisão intrabucal, eventual divulsão e colocação de dreno, quando necessário, podendo ser concomitante a drenagem via coroa dentária.	601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 609, 610, 611, 612, 613, 614	R\$ 69,46
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	X	X		> 6 anos	11 a 49	X	X					único	Incluem a utilização de isolamento absoluto e restaurações temporárias (sessões de curativos). Radiografias incluídas no procedimento.	603	R\$ 129,64
85200026	Preparo para núcleo intraradicular	X	X		> 6 anos	11 a 49							único	Cobertura obrigatória em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Não poderá ser solicitado pelo profissional que realizou o tratamento endodôntico.	603, 607	R\$ 51,52
85200182	Curetagem apical	X	X	X	> 6 anos	11 a 49	X						único	Procedimento de curetagem de lesão apical, sem a realização de apicetomia.	601, 603, 610	R\$ 16,35
81000014	Condicionamento em odontologia	X			< 18 anos								4 meses	Cobertura obrigatória para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Não será permitida a cobrança concomitante de Consulta odontológica inicial (81000065) e Consulta odontológica (81000030).	604, 610	R\$ 54,24
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	X											4 meses	Cobertura obrigatória para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Inclui a confecção da ficha clínica, exame, diagnóstico e plano de tratamento.	612	R\$ 54,24
84000031	Aplicação de cariotático	X	X		< 5 anos	51 a 56							único	Tratamento provisório em dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.	604, 610, 612	R\$ 40,47
85100080	Restauração atraumática em dente permanente	X	X		> 6 anos	11 a 49							12 Meses	Restauração com a técnica ART. Não poderá ser solicitada concomitante aos códigos de restaurações de ionômero, resina ou amálgama ou qualquer outra reabilitação protética.	602, 603, 604, 610, 612	R\$ 39,36
83000020	Coroa de acetato em <u>dente decíduo</u>	X	X			51 a 89							único	Cobertura obrigatória quando preenchido o seguinte critério, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente: Dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;	604, 610, 612	R\$ 130,80
83000046	Coroa de aço em <u>dente decíduo</u>	X	X			51 a 89							único	Cobertura obrigatória quando preenchido o seguinte critério, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente: Dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;	604, 610, 612	R\$ 130,80
83000062	Coroa de policarbonato em <u>dente decíduo</u>	X	X			51 a 89							único	Cobertura obrigatória quando preenchido o seguinte critério, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente: Dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;	604, 610, 612	R\$ 130,80
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	X	X	X		51 a 89	X	X					único	Consiste em realizar acesso à câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico, mecânico e preenchimento do conduto com material obturador. Radiografias incluídas no procedimento.	603, 604, 610, 612	R\$ 134,86
83000089	Exodontia simples de decíduo	X				51 a 89							único	Extração de dente decíduo que já se encontra irrompido na cavidade oral e que, normalmente, não é necessário realizar nem retallo e nem osteotomias para se obter a avulsão do dente.	601, 602, 604, 605, 610, 611, 612, 613	R\$ 55,37
85100242	Adequação do meio bucal	X	X		< 18 anos								único	Cobertura obrigatória como tratamento preliminar ao tratamento restaurador, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Consiste no atendimento de pacientes com processo múltiplo de cáries agudas, realizando o selamento das cavidades com IRM, a fim de paralisar os processos cariosos e recuperar o equilíbrio biológico perdido, lançando mão de procedimentos como: restaurações atraumáticas, educação em saúde, identificação e remoção de nichos de retenção, etc.	602, 604, 610, 612	R\$ 70,09
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	X			< 18 anos								4 meses	Indicado para pacientes cujos movimentos involuntários, constantes e desordens impedem seu posicionamento na cadeira odontológica.	604	R\$ 46,95
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	X											4 meses	Indicado para pacientes com necessidades especiais cujos movimentos involuntários, constantes e desordens impedem seu posicionamento na cadeira odontológica.	612	R\$ 46,95
82001715	Ulotomia	X			< 18 anos	11 a 49 51 a 85							único	Consiste apenas em uma incisão na gengiva de elemento dentário não erupcionado para facilitar sua erupção ou proporcionar melhor higiene local. Deve ser diferenciado da ulectomia, procedimento cirúrgico que remove todo o capuz pericoronário, expondo toda a coroa dentária.	601, 602, 604, 606, 610, 612	R\$ 59,58
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	X	X										12 Meses	Procedimento no qual o profissional realiza orientações sobre doenças bucais, nutrição e higiene, com demonstrações práticas de técnicas de higiene oral e evidencição de placa bacteriana. É recomendável a presença do responsável para execução deste procedimento.	610, 612	R\$ 49,86
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	X	X		< 18 anos								12 Meses	Procedimento no qual o profissional realiza orientações sobre doenças bucais, nutrição e higiene, com demonstrações práticas de técnicas de higiene oral e evidencição de placa bacteriana. É recomendável a presença do responsável pelo menor para execução deste procedimento.	602, 604, 610	R\$ 49,86

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AU T	AI	Faixa etária	Dente/Região	Face	Evidência RX final	Foto/tómos exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	X	X		> 19 anos						12 Meses	Procedimento no qual o profissional realiza orientações sobre doenças bucais, nutrição e higiene, com demonstrações práticas de técnicas de higiene oral e evidencição de placa bacteriana.	602,606	R\$ 49,86
83000097	Mantenedor de espaço fixo		X	X	> 3 anos e < 14 anos		X			X	único	Aparelho cuja utilização não exige manutenções frequentes, podendo ser acompanhado com consultas odontológicas (81000030). Indicado para manter o espaço entre elementos dentários nos casos de agências dentárias e/ou perdas precoces dos dentes deciduos. Não poderão ser solicitados à parte, quando utilizados na vigência dos Tratamentos Parcial, Tipo I e Tipo II. Independente do tipo de aparelho mantenedor de espaço fixo. Termo para auditoria: Termo de Compromisso do Tratamento Ortodôntico assinado pelo responsável.	604, 605, 610, 613	R\$ 198,78
83000100	Mantenedor de espaço removível		X	X	> 3anos e < 14 anos		X			X	único	Aparelho cuja utilização não exige manutenções frequentes, podendo ser acompanhado com consultas odontológicas (81000030). Indicado para manter o espaço entre elementos dentários nos casos de agências dentárias e/ou perdas precoces dos dentes deciduos. Não poderão ser solicitados à parte, quando utilizados na vigência dos Tratamentos Parcial, Tipo I e Tipo II. Independente do tipo de aparelho mantenedor de espaço removível. Termo para auditoria: Termo de Compromisso do Tratamento Ortodôntico assinado pelo responsável.	604, 605, 610, 613	R\$ 198,78
86000551	Plano inclinado		X	X	> 3anos e < 14 anos		X			X	único	Aparelho cuja utilização não exige manutenções frequentes, podendo ser acompanhado com consultas odontológicas (81000030). Aparelho indicado para casos de mordida cruzada dento-alveolar anterior. Não poderão ser solicitados à parte, quando utilizados na vigência dos Tratamentos Parcial, Tipo I e Tipo II. Termo para auditoria: Termo de Compromisso do Tratamento Ortodôntico assinado pelo responsável.	604, 605, 610, 613	R\$ 199,10
75050005	Pacote - Aparelho passivo reeduc. e/ou impedidor de hábito		X	X	> 3anos e < 14 anos		X			X	único	Aparelho passivo para impedir hábitos bucais deletérios e/ou reeducadores da língua/musculatura. Não poderão ser solicitados à parte, quando utilizados na vigência dos Tratamentos Parcial, Tipo I e Tipo II. Termo para auditoria: Termo de Compromisso do Tratamento Ortodôntico assinado pelo responsável.	604, 605, 610, 613	R\$ 225,97
75220008	Pacote - Tratamento Parcial - primeira parcela		X	X	> 8 anos		X			X	único	Deve ser solicitado quando os Tratamentos ortodônticos Tipo I ou II não forem aplicáveis, tendo como objetivo realizar pequenos movimentos ortodônticos com finalidade protética ou periodontal. Não será liberado concomitantemente com qualquer tipo de tratamento ortodôntico/ortopédico. A técnica com alinhadores não apresenta cobertura e não poderá ser solicitada por similaridade com os códigos de tratamentos disponibilizados pelo plano. Descrever no Relatório de Ortodontia o tipo de aparatologia que será utilizada, tempo de tratamento previsto e o plano de tratamento. Termos para auditoria: Relatório de ortodontia e Termo de compromisso de tratamento ortodôntico. A auditoria poderá solicitar o preenchimento do check list de Ortodontia, disponível no Portal TISS.	605, 613	R\$ 271,07
75230003	Pacote - Tratamento Parcial - segunda parcela		X	X	> 8 anos		X	X	X	X	único	Este procedimento deverá ser solicitado ao término do Tratamento Parcial. Termos para auditoria: Relatório de ortodontia e Termo de conclusão do tratamento ortodôntico. A auditoria poderá solicitar o preenchimento do check list de Ortodontia, disponível no Portal TISS. Beneficiário deverá estar com o aparelho ainda instalado no momento da auditoria final.	605, 613	R\$ 271,07
75490005	Pacote - Tratamento Parcial - manutenção mensal		X		> 8 anos						1/mês até 9 man.	Limitado a 1 manutenção mensal. Número máximo de ocorrências: 9 manutenções (6 manutenções com possibilidade de prorrogação de mais 3 manutenções). Não poderá ser solicitado concomitantemente com os códigos de consulta (81000065, 81000030). Termo para auditoria: Relatório ortodôntico de acompanhamento a partir da 7ª manutenção.	605, 613	R\$ 83,86
75300001	Pacote - Tratamento tipo I - primeira parcela		X	X	> 5 anos e < 9 anos		X			X	único	Deve ser aplicado durante as dentições decíduas e mistas. Independente do tipo de aparatologia utilizada (fixa, móvel ou associadas). Nenhum aparelho poderá ser cobrado à parte, inclusive os aparelhos de contenção, cuja responsabilidade de instalação será do profissional assistente. A técnica com alinhadores não apresenta cobertura e não poderá ser solicitada por similaridade com os códigos de tratamentos disponibilizados pelo plano. A documentação ortodôntica deverá conter, no mínimo, a radiografia panorâmica e os modelos superior e inferior ou fotografias. Descrever no Relatório de Ortodontia o tipo de aparatologia que será utilizada, tempo de tratamento previsto e o plano de tratamento. Termos para auditoria: Relatório de ortodontia e Termo de compromisso de tratamento ortodôntico. A auditoria poderá solicitar o preenchimento do check list de Ortodontia, disponível no Portal TISS.	604, 605, 610, 613	R\$ 271,07
75310007	Pacote - Tratamento tipo I - segunda parcela		X		> 5 anos e < 13 anos		X	X		X	único	Somente poderá ser autorizada após a realização de 6 manutenções contadas à partir da primeira parcela (75300001). Termo para auditoria: Relatório de ortodontia e fotografias com aparelho instalado. A auditoria poderá solicitar o preenchimento do check list de Ortodontia, disponível no Portal TISS.	604, 605, 610, 613	R\$ 271,07
75320002	Pacote - Tratamento tipo I - terceira parcela		X		> 5 anos e < 14 anos			X	X	X	único	Este procedimento deverá ser solicitado ao término do Tratamento Tipo I. A documentação ortodôntica deverá conter, no mínimo, a radiografia panorâmica e os modelos superior e inferior ou fotografias. Termos para auditoria: Relatório de ortodontia, Termo de conclusão de tratamento ortodôntico. A auditoria poderá solicitar o preenchimento do check list de Ortodontia, disponível no Portal TISS. Beneficiário deverá estar com o aparelho ainda instalado no momento da auditoria final.	604, 605, 610, 613	R\$ 271,07
75500000	Pacote - Tratamento tipo I - manutenção mensal		X		> 5 anos e < 13 anos						1/mês até 18 man.	Limitado a 1 manutenção mensal. Número máximo de ocorrências: 18 manutenções (12 manutenções com possibilidade de prorrogação de mais 6 manutenções). Não poderá ser solicitado concomitantemente com os códigos de consulta (81000065, 81000030). Termo para auditoria: Relatório ortodôntico a partir da 13ª manutenção.	604, 605, 610, 613	R\$ 81,41
75350009	Pacote - Tratamento tipo II - primeira parcela		X	X	> 9 anos		X			X	único	O tratamento tipo II tem por objetivo a correção das maloclusões, independente da fase de desenvolvimento. Independente do tipo de aparatologia utilizada (fixa, móvel ou associadas). Nenhum aparelho poderá ser cobrado à parte, inclusive os aparelhos de contenção, cuja responsabilidade de instalação será do profissional assistente. A técnica com alinhadores não apresenta cobertura e não poderá ser solicitada por similaridade com os códigos de tratamentos disponibilizados pelo plano. A documentação ortodôntica deverá conter, no mínimo, a radiografia panorâmica e os modelos superior e inferior ou fotografias. Descrever no Relatório de Ortodontia o tipo de aparatologia que será utilizada, tempo de tratamento previsto e o plano de tratamento. A auditoria poderá solicitar o preenchimento do check list de Ortodontia, disponível no Portal TISS. Termos para auditoria: Relatório ortodôntico com diagnóstico e planejamento e Termo de Compromisso do Tratamento Ortodôntico.	605, 613	R\$ 867,43
75360004	Pacote - Tratamento tipo II - segunda parcela		X		> 9 anos					X	único	Somente poderá ser autorizada após a realização de 12 manutenções contadas à partir da primeira parcela (75350009). Termo para auditoria: Relatório de ortodontia de acompanhamento e fotografias com aparelho instalado. A auditoria poderá solicitar o preenchimento do check list de Ortodontia, disponível no Portal TISS.	605, 613	R\$ 650,57
75370000	Pacote - Tratamento tipo II - terceira parcela		X		> 9 anos			X	X	X	único	Este procedimento deverá ser solicitado ao término do Tratamento Tipo II. Termos para auditoria: Relatório de ortodontia e Termo de Conclusão do Tratamento Ortodôntico. A auditoria poderá solicitar o preenchimento do check list de Ortodontia, disponível no Portal TISS. Beneficiário deverá estar com o aparelho ainda instalado no momento da auditoria final.	605, 613	R\$ 650,57

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AU T	AI	Faixa etária	Dente/Região	Face	Exatidão RX final	Foto/Outros exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
75510006	Pacote - Tratamento tipo II - manutenção mensal		X		> 9 anos						1/mês até 48 man.	Limitado a 1 manutenção mensal. Número máximo de ocorrências: 48 manutenções (30 manutenções com possibilidade de prorrogação de mais 18 manutenções). Não poderá ser solicitado concomitantemente com os códigos de consulta (81000065, 81000030). Termos para autorização: Relatório ortodôntico a partir da 31ª manutenção.	605, 613	R\$ 111,25
82000921	Gengivectomia	X	X			S1 a S6					24 meses	Procedimento indicado quando, não sendo necessária intervenção em tecido ósseo, for preciso a excisão cirúrgica de gengiva. Eventual plastia de gengiva no transoperatório é ato conexo ao procedimento gengivectomia e etapa prevista para restabelecimento do padrão fisiológico adequado à gengiva da região operada. Desse modo, não pode ser solicitado concomitantemente com procedimento 82000948 (gengivoplastia). Deve existir gengiva inserida suficiente para que se indique esse procedimento e nos casos em que não haja o comprometimento do espaço biológico periodontal.	602, 606, 607, 610, 612	R\$ 139,86
82000948	Gengivoplastia	X	X			S1 a S6					24 meses	Procedimento cirúrgico indicado quando há a necessidade de obter uma arquitetura gengival anatômica e fisiológica normal, sem que seja preciso intervenção em tecido ósseo. Deve existir gengiva inserida suficiente para que se indique esse procedimento e nos casos em que não haja o comprometimento do espaço biológico periodontal. Não poderá ser solicitado concomitante com gengivectomia (82000921), aumento de coroa clínica (82000212) e cirurgia periodontal a retalho (82000417).	602, 606, 607, 610, 612	R\$ 139,86
82000212	Aumento de coroa clínica	X	X			11 a 49					único	Procedimento cirúrgico indicado quando há necessidade de se restabelecer o espaço biológico periodontal. Independente da cirurgia ser mucoperiosteal. Quando o envolvimento for somente gengival, avaliar a pertinência dos procedimentos de gengivectomia (82000921) e gengivoplastia (82000948). Previsto para ser utilizado nos casos em que a necessidade de aumento de coroa clínica se restrinja a um único dente no segmento, independente da técnica cirúrgica utilizada. Nos casos em que haverá osteotomia e o aumento de coroa a ser obtido inclua mais de um dente contíguo, deve se optar pelo procedimento cirurgia periodontal a retalho (82000417).	606, 610, 612	R\$ 172,86
82000557	Cunha proximal	X	X			11 a 49					único	Trata-se de procedimento de gengivectomia que esteja restrito à papila interdental, sem que haja o comprometimento do espaço biológico periodontal. Se o caso clínico apresentar um quadro de invasão das distâncias biológicas, deve ser optado pelo procedimento aumento de coroa clínica (82000212). Não é pertinente a solicitação deste código concomitantemente com os procedimentos gengivectomia (82000921), gengivoplastia (82000948) ou aumento de coroa clínica (82000212), quando se tratar de mesmo dente ou grupo de dentes contíguos.	606, 610, 612	R\$ 119,11
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	X	X			S1 a S6					12 Meses	Procedimento cirúrgico mucoperiosteal para acesso e correção de defeitos ósseos periodontais e/ou eliminação de bolsa periodontal infraóssea reestabelecendo um padrão adequado e fisiológico para o periodonto, independente do tipo de retalho realizado e dos meios do tratamento. Essa fase cirúrgica, quando necessária, será autorizada após a realização dos procedimentos básicos, raspagem sub gengival e quando não há a recuperação dos tecidos de suporte. Inclui o debridamento, a raspagem/alisamento e eventual osteotomia/osteoplastia independentemente se realizada por instrumentos manuais ou rotatórios. Estão incluídas a troca de cimento cirúrgico e controles pós-operatórios, quando necessários.	606, 610	R\$ 195,18
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	X									único	Tratamento da fase aguda do abscesso periodontal, para posterior tratamento da área. Nos casos de abscesso na região retromolar associado a erupção dentária, deverá ser utilizado o procedimento tratamento de pericoronarite (85300080).	601, 602, 603, 604, 606, 610, 611, 612, 614	R\$ 69,46
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA	X									único	Sessão única em que se diagnostica e prescreve o tratamento da fase aguda da gengivite necrosante. Para a fase de tratamento deverão ser utilizados os códigos da especialidade de periodontia.	601, 602, 606, 610, 611, 612	R\$ 68,05
85300080	Tratamento de pericoronarite	X									único	Tratamento da fase aguda da infecção dos tecidos moles que ocorre na região do capuz coronário, geralmente de terceiros molares inferiores - região retromolar. Quando, na fase aguda, opta-se por profilaxia antibiótica e exodontia do elemento dentário como tratamento, não é pertinente a solicitação desse código.	601, 602, 606, 610, 611, 612	R\$ 117,86
81000197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	X	X								único	Diagnóstico e tratamento das manifestações bucais da infecção, primária ou recorrente, pelo vírus herpes simples, independente das sessões de consultas necessárias durante o tratamento prescrito.	602, 604, 606, 607, 609, 610, 612	R\$ 73,39
81000200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	X	X								único	Diagnóstico e tratamento das estomatites por candidíase Código inclui consulta, atividade educativa, controle de biofilme e diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais.	602, 606, 607, 609, 610, 612	R\$ 73,39
82001073	Odontosseção	X	X	X		14 a 19 24 a 29 36 a 39 46 a 49		X	X		único	Código indicado como alternativa para evitar a extração dentária nos casos de lesão de furca avançada. Este procedimento, por sua indicação específica, não pode ser confundido com o procedimento de secção do dente como etapa da técnica cirúrgica para exodontia (simples/inclusos/impactados ou de raízes residuais ou restos radiculares). Não solicitar com os códigos de exodontia e amputação radicular. Radiografias incluídas no procedimento.	601,606	R\$ 110,00
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	X	X	X		14 a 18 24 a 28 36 a 38 46 a 48		X	X		único	Código indicado como alternativa para evitar a extração dentária nos casos de lesão de furca avançada. O procedimento deverá ser solicitado por elemento dentário e não por número de raiz amputada. Radiografias incluídas no procedimento.	601, 603, 606	R\$ 140,18
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	X	X	X		14 a 18 24 a 28 36 a 38 46 a 48		X	X		único	Código indicado como alternativa para evitar a extração dentária nos casos de lesão de furca avançada. O procedimento deverá ser solicitado por elemento dentário e não por número de raiz amputada. Radiografias incluídas no procedimento.	601, 603, 606	R\$ 140,18
82000689	Enxerto pediculado	X	X			S1 a S6					único	Código indicado para o tratamento de recessão gengival, para ganho de gengiva queratinizada, e também para melhora de contorno de tecido mole perimplantar. Inclui a realização de dois acessos cirúrgicos - um na área doadora e outro na área receptora e eventual uso de biomaterial.	601, 606, 614	R\$ 172,86
82000662	Enxerto gengival livre	X	X			S1 a S6					único	Código poderá ser utilizado em casos de enxerto de tecido conjuntivo removido do palato. Indicado para o tratamento de recessão gengival, para ganho de gengiva queratinizada, e também para melhora de contorno de tecido mole perimplantar. Inclui a realização de dois acessos cirúrgicos - um na área doadora e outro na área receptora - e eventual uso de biomaterial.	606, 614	R\$ 201,62
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	X	X			11/12/13 21/22/23 31/32/33 41/42/43					único	Indicado nos casos de doença periodontal em dentes anteriores ou em casos de trauma. O procedimento deverá ser solicitado por elemento dentário envolvido na espiplintagem. Em casos de avulsão por trauma da face, deve ser solicitado código de replante dentário com contenção (82001251).	602, 604, 606, 607, 609, 610, 611, 612	R\$ 54,05
85000787	Imobilização dentária em dentes deciduos	X	X			51/52/53 61/62/63 71/72/73 81/82/83					único	Procedimento de imobilização temporária de dentes deciduos por fio e resina devido a trauma. O procedimento deverá ser solicitado por elemento dentário envolvido na espiplintagem.	602, 604, 606, 607, 609, 610, 611, 612	R\$ 54,05
85400246	Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora)		X								12 meses	Consiste em uma placa rígida em acrílico, utilizada em casos de hábitos parafuncionais (Ex: Bruxismo e apertamento). Este código inclui os ajustes necessários à instalação da placa oclusal e os modelos para sua confecção.	601, 602, 604, 605, 606, 607, 610, 612, 613	R\$ 319,47

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AU T	AI	Faixa etária	Dente/Região	Face	Exclusão	Exclusão	Foto/outros exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
85400254	Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora)		X									12 Meses	Consiste em uma placa rígida em acrílico, utilizada em casos de hábitos parafuncionais e Disfunção Temporomandibular (DTM). Jig ou front platô. Utilizada para produzir uma nova posição mandibular, distinta da posição habitual. Este código inclui os ajustes necessários à instalação da placa oclusal e os modelos para sua confecção.	601, 602, 604, 605, 606, 607, 610, 612, 613	R\$ 500,00
82001685	Tunelização	X	X									único	Cobertura obrigatória em dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca Grau II avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio. Já considerado a troca de cimento cirúrgico e eventual curativo pós-cirúrgico.	606, 612	R\$ 172,86
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	X	X		< 18 Anos	14 a 19 24 a 29 34 a 39 44 a 49 54 a 59 64 a 69 74 a 79 84 a 89						único	Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente: a.procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes deciduos e permanentes; b.procedimento preventivo em fôssulas e fissuras de dentes deciduos e permanentes. Consiste no preparo do esmalte dentário e posterior aplicação de produtos ionoméricos, resinas fluídas, foto ou quimicamente polimerizadas nas fôssulas e sulcos de dentes posteriores deciduos e/ou permanentes visando formar uma barreira física entre a superfície do elemento dentário e o meio bucal.	602, 604, 610, 612	R\$ 43,21
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	X	X									único	Deve ser utilizado exclusivamente em lesões ativas e sem cavitação. Código solicitado por sessão, independente do número de dentes envolvidos.	602, 604, 607, 610, 612	R\$ 62,86
85400076	Coroa provisória com pino	X			> 6 Anos	11 a 49						24 meses	Cobertura obrigatória como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Apenas para reabilitação unitária. Inclui confecção, cimentação provisória, ajustes oclusais necessários e radiografias. Não deverá ser solicitada concomitantemente à coroa provisória sem pino.	602, 603, 604, 607, 610, 611, 612, 614	R\$ 124,79
85400084	Coroa provisória sem pino	X			> 6 Anos	11 a 49						24 meses	Cobertura obrigatória como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Apenas para reabilitação unitária. Inclui confecção, cimentação provisória, ajustes oclusais necessários e radiografias. Não deverá ser solicitada concomitantemente à coroa provisória com pino.	602, 603, 604, 607, 610, 611, 612, 614	R\$ 100,20
85400220	Núcleo metálico fundido	X	X	X	> 9 Anos	11 a 49	X	X				24 meses	Cobertura obrigatória em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Código inclui moldagem, confecção, fundição e cimentação. O núcleo deve possuir 2/3 do comprimento da raiz ou ser proporcionalmente maior ou igual à coroa que será realizada, ser mantido pelo menos 3mm de material obturador e instalado sobre tratamento endodôntico satisfatório. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 607, 610, 612	R\$ 210,46
85400211	Núcleo de preenchimento	X	X		> 6 Anos	11 a 49						24 meses	Consiste na reconstrução de dentes com considerável perda de estrutura dental devido a cárie, antes da confecção de uma restauração definitiva. Não poderá ser solicitado concomitantemente as restaurações diretas em resina fotopolimerizável.	602, 604, 607, 610, 612	R\$ 79,65
85400262	Pino pré-fabricado	X	X	X	> 6 Anos	11 a 49	X	X				24 meses	Cobertura obrigatória em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Código inclui cimentação e preparo O pino deve possuir 2/3 do comprimento da raiz ou ser proporcionalmente maior ou igual à coroa que será realizada, ser mantido pelo menos 3mm de material obturador e instalado sobre tratamento endodôntico satisfatório. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 604, 607, 610, 612	R\$ 151,04
85400475	Reembasamento de coroa provisória	X			> 8 Anos	11 a 49						12 Meses	Procedimento deve ser utilizado quando: - reembasamento de coroa provisória sem pino executada por outro profissional; - quando a coroa provisória com pino tem que ser readaptada após a cimentação do núcleo protético; - quando houver necessidade de melhorar a adaptação da coroa provisória após a realização de cirurgias periodontais.	602, 603, 604, 607, 610, 611, 612, 614	R\$ 36,42
85400440	Provisório para Inlay/Onlay				> 8 Anos	14 a 19 24 a 29 34 a 39 44 a 49						24 meses	Código não poderá ser solicitado concomitantemente com os procedimentos de coroa provisória sem pino (85400084) e coroa provisória com pino (85400076). Inclui confecção, cimentação provisória e ajustes oclusais necessários.	602, 604, 607, 612	R\$ 72,85
85400459	Provisório para restauração metálica fundida	X			> 8 Anos	14 a 19 24 a 29 34 a 39 44 a 49						24 meses	Cobertura obrigatória como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Código não poderá ser solicitado concomitantemente com os procedimentos de coroa provisória sem pino (85400084) e coroa provisória com pino (85400076). Inclui confecção, cimentação provisória e ajustes necessários.	602, 603, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 103,31
85400092	Coroa total acrílica prensada	X	X	X		11/12/13 21/22/23 31/32/33 41/42/43	X	X				24 meses	Cobertura obrigatória como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Código inclui a moldagem, prensagem, cimentação e ajustes oclusais necessários. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 604, 607, 610, 612	R\$ 188,92
85400556	Restauração metálica fundida	X	X	X	> 6 Anos	14 a 19 24 a 29 34 a 39 44 a 49	X	X				24 meses	Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente: a. dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas. Código inclui a moldagem, prensagem, cimentação e ajustes oclusais necessários. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 604, 607, 610, 612	R\$ 340,27
85400149	Coroa total metálica	X	X	X		14 a 19 24 a 29 34 a 39 44 a 49	X	X				24 meses	Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Código inclui moldagem, fundição, cimentação e ajustes oclusais necessários. Poderá ser utilizada para preparos 4/5. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 604, 607, 610, 612	R\$ 400,77
85400173	Coroa total metaloplástica – resina acrílica		X	X		11 a 49	X	X				24 meses	Código inclui moldagem, fundição, prensagem, cimentação e ajustes oclusais necessários. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 607, 610, 612	R\$ 410,06
85400157	Coroa total metalocerâmica		X	X	> 6 Anos	11 a 49	X	X				48 meses	Código inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 607, 610, 612	R\$ 758,87
85400360	Prótese parcial fixa provisória		X			11 a 49						36 meses	Código deverá ser utilizado tanto para pilares como para pânticos. Para reabilitações a partir de 3 elementos. Inclui confecção, cimentação provisória e ajustes necessários. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 607, 610, 611, 612, 614	R\$ 75,45
85400106	Coroa total em cerâmica pura		X	X	> 18 Anos	11 a 15 21 a 25 31 a 35 41 a 45	X	X				48 meses	Código deverá ser utilizado em dentes permanentes anteriores não passíveis de reconstrução por meio direto. Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 607, 610, 612	R\$ 825,62

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AU T	AI	Faixa etária	Dente/Região	Face	Exclusiva	RX final	Foto/ouros exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
85400343	Prótese parcial fixa em metaloplástica		X		X > 6 Anos	11 a 49	X	X				36 meses	Código deverá ser utilizado tanto para pilares como para pânticos. Não podem ser unidos na mesma prótese fixa, dentes e implantes. Para reabilitações a partir de 3 elementos. Inclui confecção, cimentação e ajustes necessários. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 607, 610, 612	R\$ 553,17
85400335	Prótese parcial fixa em metalocerâmica		X		X > 18 Anos	11 a 49	X	X				48 meses	Código deverá ser utilizado tanto para pilares como para pânticos. Não podem ser unidos na mesma prótese fixa, dentes e implantes. Para reabilitações a partir de 3 elementos. Inclui confecção, cimentação e ajustes necessários. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 607, 610, 612	R\$ 821,58
85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalocerâmica		X		X > 18 Anos	11/12/13/19 21/22/23/29 31/32/33/39 41/42/43/49	X	X				48 meses	Não poderá ser cobrado o código de elemento de prótese fixa para os dentes onde foram preparados os nichos. Para reabilitações a partir de 3 elementos. Inclui confecção, cimentação e ajustes necessários. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 607, 610, 612	R\$ 1.036,06
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	X				11 a 49						único	Código deverá ser solicitado por retentor.	601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 610, 611, 612, 613, 614	R\$ 55,64
85400505	Remoção de trabalho protético	X				11 a 49						único	Código deverá ser solicitado por retentor. Poderá ser utilizado para próteses definitivas, incluindo prótese sobre implante. (Em substituição ao código 7844 dente dígito - Remoção de prótese sobre implante). Inclui a higienização da prótese antes de sua recolocação. Inclui a recimentação de trabalhos protéticos (85400467) quando for necessário.	601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 609, 610, 611, 612, 613, 614	R\$ 43,22
85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral		X		> 10 Anos	AS / AI						48 meses	Inclui moldagem, confecção e ajustes oclusais necessários da prótese.	602, 607, 610, 612	R\$ 1.127,87
85400416	Prótese total imediata		X		> 18 Anos	AS / AI						único	Código inclui moldagem, confecção e ajustes oclusais necessários da prótese. Não poderá ser solicitada em caso de Protocolo Branemark (prótese provisória já inclusa no Protocolo Branemark).	602, 607, 610, 612, 614	R\$ 701,45
85400408	Prótese total		X		> 18 Anos	AS / AI						48 meses	Código inclui moldagem, confecção e ajustes oclusais necessários da prótese.	602, 607, 610, 612	R\$ 988,32
85400041	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)		X		> 10 Anos							único	Código pode ser utilizado em casos de perda de 1 (um) ou mais elementos dentários da prótese, eventuais fraturas, ou ainda na inclusão de novos elementos dentários aproveitando a mesma estrutura metálica da PPR. Aplicável aos casos que NÃO requeiram subsequente reparo em laboratório a ser diligenciado pelo mesmo credenciado que fez o reparo em consultório. Para os casos em que haja a necessidade de envio para o laboratório, está previsto o código 85400033.	602, 607, 610, 611, 612	R\$ 106,36
85400068	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)		X		> 18 Anos							único	Código pode ser utilizado em casos de perda de 1 (um) ou mais elementos dentários da prótese, eventuais fraturas, ou ainda na inclusão de novos elementos dentários aproveitando a mesma estrutura da base da prótese. Considerado como sendo atendimento imediato de reparo da prótese exclusivamente em consultório.	602, 607, 610, 611, 612, 614	R\$ 113,15
78240115 78240212 78240310 78240417 78240123 78240220 78240328 78240425 78240131 78240239 78240336 78240433 78240140 78240247 78240344 78240441 78240158 78240255 78240352 78240450 78240166 78240263 78240360 78240468 78240174 78240271 78240379 78240476 78240182 78240280 78240387 78240484	Reparo estético de prótese fixa		X		> 6 Anos							único	Código pode ser utilizado em casos de perda ou fratura do material estético de prótese fixa. Procedimento também utilizado para fechamento da oclusal do implante com resina.	602, 607, 610, 611, 612	R\$ 79,65
81000243	Diagnóstico por meio de encerramento	X	X									único	Código deverá ser utilizado em substituição ao código 78250005. Refere-se a confecção em gesso, especial ou não, de modelos completos das arcadas (inferior e superior) e respectivo estudo e análise, independente de instalação ou não em articulador semiajustável. Admitido nos casos de reabilitação protética e ajuste oclusal.	602, 604, 605, 606, 607, 610, 612, 613, 614	R\$ 58,28
85400017	Ajuste Oclusal por acréscimo	X	X									único	Inclui a análise oclusal, aposição de material resaurador e subsequente polimento de superfícies dentais, com a finalidade terapêutica de ajustar toda a oclusão. O procedimento é remunerado por sessão independente da quantidade de dentes a serem ajustados. Não poderá ser utilizado concomitantemente ou imediatamente após a qualquer tipo de reabilitação protética/restauração direta realizada pelo mesmo profissional, eventuais ajustes complementares da instalação recente de peça protética ou restauração é parte do tratamento protético/restaurador, não sendo pertinente a solicitação do procedimento ajuste oclusal seja por desgaste seletivo ou por acréscimo. Não tem indicação profilática.	602, 604, 605, 606, 607, 610, 612, 613, 614	R\$ 80,95
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	X	X									único	Inclui a análise oclusal, desgastes e polimento necessários para a realização do procedimento. Não poderá ser utilizado concomitantemente ou imediatamente após a qualquer tipo de reabilitação protética/restauração direta realizada pelo mesmo profissional, eventuais ajustes complementares da instalação recente de peça protética ou restauração é parte do tratamento protético/restaurador, não sendo pertinente a solicitação deste procedimento. Procedimento previsto 'por sessão', independente da quantidade de dentes a serem ajustados. Não tem indicação profilática.	602, 604, 605, 606, 607, 610, 612, 613, 614	R\$ 80,95
85400289	Prótese fixa adesiva direta (provisória)		X		> 6 Anos	11/12/13/19 21/22/23/29 31/32/33/39 41/42/43/49						único	Para casos de fixação, nos dentes adjacentes, utilizando resina. Considera-se apenas o elemento dentário ausente. Inclui confecção, cimentação e ajuste oclusal.	602, 603, 604, 607, 610, 611, 612	R\$ 142,94
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos		X		> 10 Anos	AS / AI						único	Código inclui moldagem, fundição e os ajustes necessários à adaptação da prótese.	602, 607, 610, 611, 612, 614	R\$ 440,66

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AU T	AI	Faixa etária	Dente/Região	Face	Exatidão RX final	Foto/outros exames	Laudo/termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	X			> 10 Anos	AS / AI					12 Meses	Procedimento de recobrimento da base da prótese, utilizando material idêntico, a fim de proporcionar sua readaptação e/ou refixação. Inclui reacrilização de prótese protocolo tipo Branemark e overdenture. Inclui moldagem e eventual preparo do caso para as etapas laboratoriais necessárias, bem como ajustes oclusais necessários quando da instalação da prótese.	602, 607, 610, 612, 614	R\$ 206,40
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	X			> 10 Anos	AS / AI					12 Meses	Procedimento de recobrimento da base da prótese, utilizando material idêntico, a fim de proporcionar sua readaptação e/ou refixação. Considerado como sendo atendimento imediato de reembasamento a ser realizado exclusivamente em consultório. Para os casos em que haja a necessidade de envio para o laboratório, está previsto o código 85400491.	602, 607, 610, 612, 614	R\$ 178,08
85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	X			> 10 Anos	AS / AI					único	Código pode ser utilizado em casos de perda de 1 (um) ou mais elementos dentários da prótese, eventuais fraturas, ou ainda na inclusão de novos elementos dentários aproveitando a mesma estrutura metálica da PPR. Inclui moldagem, confecção, etapas laboratoriais e ajustes oclusais necessários da prótese.	602, 607, 610, 611, 612, 614	R\$ 291,39
85400548	Restauração em cerômero - inlay	X			X > 8 Anos	14 a 19 24 a 29 34 a 39 44 a 49	X X				36 meses	Código deve ser utilizado para dentes posteriores permanentes com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto. Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários para o restabelecimento da função mastigatória. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 604, 607, 612	R\$ 550,42
85400530	Restauração em cerômero - onlay	X			X > 8 Anos	14 a 19 24 a 29 34 a 39 44 a 49	X X				36 meses	Código deve ser utilizado para dentes posteriores permanentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas, não passíveis de reconstrução por meio direto. Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários para a restabelecimento da função mastigatória. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 604, 607, 612	R\$ 550,42
85400513	Restauração em cerâmica pura - inlay	X			X > 8 Anos	14 a 19 24 a 29 34 a 39 44 a 49	X X				48 meses	Código deve ser utilizado para dentes posteriores permanentes com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto. Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários para o restabelecimento da função mastigatória. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 607, 612	R\$ 801,34
85400521	Restauração em cerâmica pura - onlay	X			X > 8 Anos	14 a 19 24 a 29 34 a 39 44 a 49	X X				48 meses	Código deve ser utilizado para dentes posteriores permanentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas, não passíveis de reconstrução por meio direto. Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários para o restabelecimento da função mastigatória. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 607, 612	R\$ 801,34
85400114	Coroa total em cerômero	X	X		X > 8 Anos	11/12/13/19 21/22/23/29 31/32/33/39 41/42/43/49	X X				36 meses	Cobertura obrigatória em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente. Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários para o restabelecimento da função mastigatória. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 607, 612	R\$ 553,17
85400165	Coroa total metaloplástica – cerômero	X			X > 8 Anos	11/12/13/19 21/22/23/29 31/32/33/39 41/42/43/49	X X				36 meses	Código deve ser utilizado para dentes permanentes anteriores não passíveis de reconstrução por meio direto. Inclui moldagem, confecção, cimentação e ajustes oclusais necessários para o restabelecimento da função mastigatória. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	602, 607, 612	R\$ 604,33
85400599	Planejamento em prótese	X	X	X	> 18 Anos					X	único	Código deverá ser utilizado em substituição ao código Planejamento protético - implante dentário (78350000). Inclui anamnese, exame clínico e planejamento da fase protética. A solicitação do planejamento deve estar acompanhada dos códigos de tratamento a serem realizados. Quando o protesista não for o implantodontista que executou a etapa cirúrgica, é necessário o preenchimento de um novo documento "Formulário do Planejamento de Tratamento – Implantodontia" no campo etapa protética e a preparação dos modelos de diagnóstico (quando necessário). Cobertura obrigatória para o planejamento das seguintes reabilitações protéticas: Coroa de acetato aço ou policarbonato, coroa total em cerômero, coroa total metálica, núcleo metálico fundido ou préfabricado e restauração metálica fundida. Nestes casos, não será necessário o envio de "Formulário do Planejamento de Tratamento – Implantodontia" nestes casos deve-se anexar o relatório do dentista informando o planejamento protético.	607, 614	R\$ 80,95
85500011	Coroa provisória sobre implante	X			> 18 Anos	11 a 49					único	Código inclui os componentes protéticos provisórios e o trabalho do laboratório, quando necessário.	607, 614	R\$ 143,16
85500020	Coroa provisória sobre implante com carga imediata	X			> 18 Anos	11 a 49					único	Código inclui os componentes protéticos provisórios e o trabalho do laboratório, quando necessário.	607, 614	R\$ 143,16
85500038	Coroa total metalocerâmica sobre implante	X	X	X	> 18 Anos	11 a 49	X X				10 anos	Somente poderá ser autorizada após 3 meses da data de realização da instalação do implante ósseo integrado (82000980). Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	607, 614	R\$ 1.034,47
85400122	Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerâmica	X	X	X	> 18 Anos	11 a 49	X X				10 anos	Código inclui os componentes protéticos e o trabalho do laboratório. Somente poderá ser autorizada após 3 meses da data de realização da instalação do implante ósseo integrado (82000980). Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	607, 614	R\$ 1.174,65
85500127	Prótese parcial fixa implanto suportada	X	X	X	> 18 Anos	11 a 49	X X				10 anos	Código deve ser solicitado por elemento pilar e pântico. Para reabilitações em edêntulos totais ou quase totais a Saúde Petrobras privilegia a utilização do Protocolo Branemark em detrimento da Prótese parcial fixa implanto suportada. Elementos posteriores contíguos em pacientes parcialmente edêntulos, em extremo livre posterior, devem ser reabilitados ferulizados (esplintados), Não podem ser unidos na mesma prótese fixa, dentes e implantes. Inclui conexões (transfer, análogo, parafusos e munhão), componentes protéticos e trabalho do laboratório. Somente poderá ser autorizada após 3 meses da data de realização da instalação do implante ósseo integrado (82000980). Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. Radiografias incluídas no procedimento.	607, 614	R\$ 1.047,68
85500097	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes	X	X	X	> 18 Anos	AS / AI	X X				6 anos	Código inclui os componentes protéticos, cliques, o' rings e trabalho do laboratório. Somente poderá ser autorizada após 3 meses da data de realização da instalação do implante ósseo integrado (82000980). Não há cobertura para overdenture com carga imediata. Necessário envio de imagem radiográfica final (preferencialmente panorâmica mostrando prótese instalada), incluindo o corpo inteiro do implante. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento.	607, 614	R\$ 2.499,84

Código	Descrição dos códigos	Rei da ANS	AU T	AI	FAixa etária	Dente/Região	Face	Exatidão RX final	Foto/Outros exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
85500119	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre três implantes		X	X	X > 18 Anos	AS / AI		X X			6 anos	Código inclui os componentes protéticos, cliques, o'ring e trabalho do laboratório. Somente poderá ser autorizada após 3 meses da data de realização da instalação do implante ósseo integrado (82000980). Não há cobertura para overdenture com carga imediata. Necessário envio de imagem radiográfica final (preferencialmente panorâmica mostrando prótese instalada), incluindo o corpo inteiro do implante. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento.	607, 614	R\$ 2.688,42
85500100	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes		X	X	X > 18 Anos	AS / AI		X X			6 anos	Código inclui os componentes protéticos, cliques, o'ring e trabalho do laboratório. Somente poderá ser autorizada após 3 meses da data de realização da instalação do implante ósseo integrado (82000980). Não há cobertura para overdenture com carga imediata. Necessário envio de imagem radiográfica final (preferencialmente panorâmica mostrando prótese instalada), incluindo o corpo inteiro do implante. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento.	607, 614	R\$ 2.857,34
85500160	Protocolo Branemark para 4 implantes		X	X	X > 18 Anos	AS / AI		X X			10 anos	Código deverá ser solicitado para reabilitações totais fixas de edêntulos totais e/ou pacientes com indicação de exodontias de todos os elementos da arcada. Inclui o provisório da prótese, os componentes protéticos e o trabalho do laboratório. ATENÇÃO: essa modalidade obriga a utilização de componentes intermediários de aparafusamento (ex: pilares standard Branemark, minipilares cônicos, esteticones etc.). Não é permitido a utilização de próteses cimentadas ou com aparafusamento direto no corpo do implante (componentes tipo UCLA). Somente poderá ser autorizada após 3 meses da data de realização da instalação do implante ósseo integrado (82000980). Não há cobertura para Protocolo Branemark com carga imediata. Necessário envio de imagem radiográfica final (preferencialmente panorâmica mostrando prótese instalada), incluindo o corpo inteiro do implante. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. OBS: Quando for necessária a troca do Protocolo Branemark, é indispensável a troca da barra metálica.	607, 614	R\$ 7.857,19
85500178	Protocolo Branemark para 5 implantes		X	X	X > 18 Anos	AS / AI		X X			10 anos	Código deverá ser utilizado em reabilitações de edêntulos totais e/ou pacientes com indicação de exodontias de todos os elementos da arcada. Inclui o provisório da prótese, os componentes protéticos e o trabalho do laboratório. Observação: Também deverá ser utilizado quando reabilitados com mais de 05 implantes. ATENÇÃO: essa modalidade obriga a utilização de componentes intermediários de aparafusamento (ex: pilares standard Branemark, minipilares cônicos, esteticones etc.). Não é permitido a utilização de próteses cimentadas ou com aparafusamento direto no corpo do implante (componentes tipo UCLA). Somente poderá ser autorizada após 3 meses da data de realização da instalação do implante ósseo integrado (82000980). Não há cobertura para Protocolo Branemark com carga imediata. Necessário envio de imagem radiográfica final (preferencialmente panorâmica mostrando prótese instalada), incluindo o corpo inteiro do implante. Poderão ser solicitadas fotografias clínicas para análise complementar do procedimento. OBS: Quando for necessária a troca do Protocolo Branemark, é indispensável a troca da barra metálica.	607, 614	R\$ 8.119,15
81000421	Radiografia periapical	X									1 Mês	Conforme recomenda a técnica odontológica atual, a tomada radiográfica deve ter como base grupos de dentes. Inclui o laudo realizado por especialista.	601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614	R\$ 13,36
81000383	Radiografia oclusal	X									6 Meses	Código inclui o laudo realizado por especialista.	601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614	R\$ 27,97
81000375	Radiografia interproximal - bite-wing	X									6 Meses	Conforme recomenda a técnica odontológica atual, a tomada radiográfica deve ter como base grupos de dentes. Inclui o laudo realizado por especialista.	601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614	R\$ 13,36
81000537	Traçado Cefalométrico		X								12 Meses	Consiste na confecção de desenho técnico das estruturas ósseas, dentárias e de tecidos moles, com a finalidade de diagnóstico e planejamento do tratamento ortodôntico e/ou ortocirúrgico ou do tratamento com implantes dentários, através de medições lineares e angulares. Independente da técnica (lateral ou frontal). Realizado por meio manual ou computadorizado (digital). Inclui o laudo realizado por especialista.	605, 608, 613	R\$ 25,14
81000340	Radiografia da ATM	X	X								12 Meses	Deverá ser realizada até três incidências de cada lado: em repouso, em intercuspidação e em abertura máxima de boca. Inclui o laudo realizado por especialista.	608	R\$ 44,31
81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	X	X								12 Meses	Técnica radiográfica intraoral composta entre 8 e 14 radiografias periapicais e duas bite-wings. Indicado quando há a necessidade de um exame completo das arcadas superior e inferior. Nestes casos, o procedimento de levantamento radiográfico é preferível ao procedimento de radiografia periapical (81000421). Conforme recomenda a técnica odontológica atual, a tomada radiográfica deve ter como base grupos de dentes. Não poderá ser solicitado concomitantemente com radiografia periapical (81000421) e radiografia interproximal - bite-wing (81000375). Inclui o laudo realizado por especialista.	608	R\$ 110,00
81000324	Radiografia ântero-posterior	X									12 Meses	Código inclui o laudo realizado por especialista.	608	R\$ 54,05
81000430	Radiografia postero-anterior	X									12 Meses	Código inclui o laudo realizado por especialista.	608	R\$ 54,05
81000367	Radiografia da mão e punho - carpal	X	X								12 Meses	Procedimento indicado para planejamento de tratamento ortodôntico, para análise do crescimento do paciente. Inclui o laudo realizado por especialista.	608	R\$ 47,14
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	X	X								12 Meses	Código inclui o laudo realizado por especialista.	608	R\$ 54,22
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado para implantes		X								12 Meses	Código não poderá ser solicitado concomitantemente com o código de radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) (81000405). Inclui traçado para implantes e laudo realizado por especialista.	608	R\$ 79,36
81000561	Radiografia lateral corpo da mandíbula	X	X								12 Meses	Código inclui o laudo realizado por especialista.	608	R\$ 45,82
81000570	Técnica de localização radiográfica	X	X								12 Meses	Código inclui até 3 radiografias periapicais. Radiografia para avaliação espacial da estrutura (altura, largura e profundidade) - Técnicas de Clark, Miller-Winter e Donovan. Inclui o laudo realizado por especialista.	608	R\$ 33,41
81000472	Telerradiografia	X	X								12 Meses	Este procedimento deve ser solicitado para tomadas lateral, frontal ou 45 graus. Inclui o laudo realizado por especialista.	608	R\$ 57,35
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico		X								12 Meses	Código inclui o traçado cefalométrico, e, portanto, não poderá ser solicitado concomitantemente com os códigos de telerradiografia (81000472) e traçado cefalométrico (81000537). Inclui o laudo realizado por especialista.	608	R\$ 82,50

Código	Descrição dos códigos	Rol da ANS	AUT	AI	Idade	Dente/Região	Face	RX Inicial	RX Final	Foto/Outros exames	Laudo/Termo/Relat	Longevidade	Observações gerais	Especialidades	Valor em R\$
81000510	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam (POR SEXTANTE)		X			S1 a S6						12 Meses	Código inclui o laudo realizado por especialista.	608	R\$ 240,90
81000529	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam (POR ARCADE)		X			AS / AI						12 Meses	Este código deverá ser utilizado quando for necessário o exame de mais de um sextante na mesma arcada. Inclui o laudo realizado por especialista.	608	R\$ 346,34
81000308	Modelos ortodônticos		X									único	Modelos superior e inferior realizados em gesso, especial ou não. Tem a finalidade de reprodução dos elementos dentários, das arcadas e da oclusão, auxiliando no diagnóstico e plano de tratamento ortodôntico, além de ser útil para avaliação da evolução do tratamento.	608	R\$ 78,57
81000278	Fotografia		X									único	Máximo de 6 fotos por documentação. Limitado a 24 fotografias na vida.	608	R\$ 9,43
76120074	PACOTE CUIDADO IMPLANTES		X		> 18 anos							6 Meses	Código inclui consulta, atividade educativa, remoção de fatores de retenção de placa, controle de biofilme, raspagem supragengival, profilaxia e polimento.	614	R\$ 195,97
76120139	PACOTE CUIDADO PERIODONTAL		X		> 15 anos							12 Meses	Código inclui consulta, atividade educativa, remoção de fatores de retenção de placa, controle de biofilme, profilaxia e polimento, raspagem subgengival/alisamento radicular, raspagem supragengival, aplicação tópica de flúor e as radiografias iniciais dos quatro hemiarcos. Rx diagnóstico inicial deve apresentar perda óssea igual ou superior a 4 mm.	606, 610, 612, 614	R\$ 458,11
76120112	PACOTE PREVENÇÃO INFANTIL		X		< 18 anos							6 Meses	Código inclui consulta, atividade educativa para pais e/ou cuidadores, condicionamento em odontologia, controle de biofilme, profilaxia e polimento e aplicação de flúor.	602, 604, 605, 606, 607, 610, 612, 613, 614	R\$ 274,77
76120104	PACOTE PREVENÇÃO ADULTO		X		> 18 anos							6 Meses	Código inclui consulta, atividade educativa, remoção de fatores de retenção de placa, controle de biofilme, raspagem supragengival, profilaxia e polimento e aplicação de flúor.	602, 605, 606, 607, 610, 612, 613, 614	R\$ 247,04
76120120	PACOTE CARIOLOGIA		X		< 15 anos							6 Meses	Código inclui consulta, remineralização, atividade educativa para pais e/ou cuidadores, controle de biofilme, aplicação de selante de fósulas e fissuras e controle de cárie incipiente.	602, 604, 610, 612	R\$ 202,76
76120090	PACOTE MANUTENÇÃO PERIODONTAL		X		> 15 anos							4 Meses	Inclui a manutenção periodontal, consulta com revisão de todos os critérios clínicos, reforço das medidas de higiene oral que foram instituídas na consulta em que foi efetuado o procedimento de “Raspagem subgengival/alisamento radicular”, aplicação tópica de flúor, realização de raspagem supra e subgengival, nos sítios que necessitam de tal procedimento, bem com atividade educativa, remoção de fatores de retenção de placa, profilaxia e polimento e controle de biofilme. Este serviço deve ser utilizado como manutenção da saúde periodontal nos beneficiários que realizaram o serviço “raspagem subgengival/alisamento radicular”. Este serviço também poderá ser utilizado naqueles casos em que o credenciado na especialidade de periodontia ou implantodontia necessitar realizar a manutenção de implantes dentários.	606, 610, 612, 614	R\$ 233,70
76120082	PACOTE HALITOSE		X		> 12 anos							12 Meses	Código inclui consulta e tratamento de halitose, controle de biofilme, atividade educativa, teste de PH salivar e teste de fluxo salivar.	602, 604, 606, 612	R\$ 220,35

Tabela de Domínio	Legenda
	Tabela, disponibilizada no site ANS, na qual encontramos os códigos para preenchimento dos campos das Guias TISS. OBS: Os códigos da Saúde Petrobras relativos aos dentes extranumerários são identificados pelos códigos 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79 e 89. Para preenchimento da GTO, será necessário consultar o arquivo "Observações Gerais" para saber quais códigos referente à dente e região serão utilizados pela Saúde Petrobras.
Rol da ANS	X - Procedimento de cobertura obrigatória pelo Rol da Agência Nacional de Saúde - ANS.
AUT	Necessidade de Autorização Prévia para realização do procedimento, onde: X - Necessário autorização prévia.
AI	Necessidade de Auditoria Inicial antes da realização do procedimento, onde: X - Necessário Auditoria Inicial.
AF	Necessidade de Auditoria Final após a realização do procedimento, onde: X - Necessário Auditoria Final.
Idade	Idade para realização do procedimento
Dente/Região	AI- Arcada Inferior AS- Arcada Superior S1 a S6- Sextante
RX Inicial	Necessidade de radiografia inicial antes a realização do procedimento, onde: X - Necessário envio de radiografia Inicial.
RX Final	Necessidade de radiografia final após a realização do procedimento, onde: X - Necessário envio de radiografia final.
Foto/Outros exames	Necessidade de fotografia final ou outros exames, descritos no campo observações gerais, após da realização do procedimento, onde: X - Necessário fotografia ou outros exames.
Laudo/Termo/Relatório	O Tipo será informado no campo observações, pode ser: Termo de Compromisso para Tratamento Ortodôntico; Relatório de Ortodontia; Termo de Conclusão de Tratamento Ortodôntico; Check list de Ortodontia; Relatório de Intercorrências em Ortodontia; Termo de Esclarecimento-Implantodontia; Formulário do Plano de Tratamento-Implantodontia; Laudo explicativo
Longevidade	Prazo esperado para recorrência
Valor em R\$	Valores referenciais dos procedimentos em Reais
Especialidades	Especialidades autorizadas a realizar o procedimento.
	601 - Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial
	602 - Clínica Odontológica
	603 - Endodontia
	604 - Odontopediatria
	605 - Ortodontia
	606 - Periodontia
	607 - Prótese Ventral
	608 - Imagiologia e Radiologia Odontológica
	609 - Estomatologia / Patologia Bucal
	610 - Clínico com Autorização Especial
	611 - Clínica de Emergência Odontológica
	612 - Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais
	613 - Ortopedia Funcional dos Maxilares
	614 - Implantodontia
Observações gerais	São informações técnicas importantes sobre os procedimentos que deverão ser seguidas pelos credenciados.

Não estão previstas repetições de procedimentos sem a observância dos prazos e critérios técnicos previstos na Cartilha de Cobertura Odontológica e regulamentação da ANS.