



INSTRUÇÕES TÉCNICAS - DENTAL UNI



SUMÁRIO

URGÊNCIA	3
DIAGNÓSTICO	4
RADIOLOGIA	5
EXAMES DE LABORATÓRIO	7
PREVENÇÃO	7
ODONTOPEDIATRIA	8
DENTÍSTICA	10
ENDODONTIA	11
PERIODONTIA	12
PRÓTESE DENTAL	14
CIRURGIA	18
ORTODONTIA	22
TRATAMENTO ORTOPÉDICO FUNCIONAL DOS MAXILARES	23
DTM	23
IMPLANTE/PRÓTESE SOBRE IMPLANTE	23
ORTOUNIPLAN A	25
ORTOUNIPLAN B	26
ORTOUNIPLAN E	26
ORTOUNIPLAN	26

INSTRUÇÕES TÉCNICAS - DENTAL UNI

LONGEVIDADE

É a duração mínima dos procedimentos realizados pelo dentista cooperado/credenciado nos beneficiários da Dental Uni. A repetição desses procedimentos, antes do prazo de longevidade, será de responsabilidade do dentista que realizou, sem custo adicional ao beneficiário ou a Dental Uni. Se a repetição do procedimento for realizada por outro dentista (desde que haja Justificativa Clínica comprovada), a Dental Uni autorizará a repetição mas vai fazer o desconto de USO, da produção mensal do primeiro dentista, o custo do procedimento refeito durante o período de longevidade.

ODONTOGRAMA

O preenchimento do Odontograma é importante para o plano de tratamento indicado ao beneficiário e será registrada a história clínica do indivíduo. Este formulário é uma ferramenta de identificação indispensável, que permite ao cirurgião-dentista analisar procedimentos realizados e a evolução da saúde bucal do beneficiário. Portanto é necessário manter o Odontograma sempre atualizado.IMAGENS: As radiografias físicas não são aceitas pela Dental Uni. As radiografias físicas, cartas de encaminhamento, justificativa, de responsabilidade, autorização do paciente ou responsável, laudos, periogramas, entre outras documentações, devem ser anexadas via app Dental Uni, não sendo necessário o envio das mesmas para produção.

REANÁLISE DE GUIAS

Caso seja verificada divergências em guias solicitadas, a Dental Uni pode reanalisar, pedir Carta de Esclarecimento, e até fazer desconto de USO, mesmo nas guias que já passaram pela Produção. Os recursos de glosa (suspensão temporária de pagamento) são analisados pela Análise Técnica e pelo Conselho Técnico da Dental Uni.

URGÊNCIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região bucomaxilofacial.	Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.	Foto	Dente	Único
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente aemostático em região bucomaxilofacial.	Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.	Foto	Dente	Único
82001022	Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial.	–	Foto	Dente	Único
82001030	Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial.	–	Foto	Dente	Único
82001197	Redução simples de luxação de articulação temporo-mandibular (ATM).	Justificativa.	Foto	Dente	Único
82001251	Reimplante de Dente com contenção.	–	Foto	Dente	Único
82001308	Remoção de dreno extraoral.	–	Foto	Dente	Único
82001316	Remoção de dreno intraoral.	–	Foto	Dente	Único
82001499	Sutura de ferida em região bucomaxilofacial.	Trauma nos tecidos moles.	Foto	Dente	Único

82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular (ATM).	Justificativa.	Foto	Dente	Único
82001650	Tratamento de alveolite.	Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.	Foto	Dente	Único
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos.	–	Foto	Dente	Único
85100048	Colagem de fragmentos dentários.	–	Foto	Dente	Único
85100056	Curativo de demora em endodontia.	Mesmo dentista que executar a urgência não poderá solicitar a Endodontia e Tratamento em odontalgia aguda (85200034).	RX Inicial	Dente	Único
85200034	Tratamento em odontalgia aguda.	Mesmo dentista que executar a urgência não poderá solicitar a Endodontia e Curativo de demora em endodontia (85100056).	Foto/RX	Dente	Único
85300020	Imobilização dentária em Dentes permanentes.	–	Foto	Dente	Único
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo.	Mesmo dentista que executar a urgência não poderá solicitar tratamento periodontal (Raspagem sub-gengival, cirurgia perio- dontal a retalho).	Foto	Dente	Único
85300080	Tratamento de pericoronarite.	Procedimento não será autorizado para mesmo profissional que solicitar a Exodontia/Cirurgia.	Foto	Dente	Único
85400467	Recimentação de trabalho protético.	Mesmo dentista que solicitar a Prótese não poderá solicitar o ato de recimentação.	Foto	Dente	Único

OBSERVAÇÃO

1. Consulta de urgência 24hs é exclusiva para unidades de atendimento de Urgência 24hs.
2. Não será considerada consulta de urgência se o beneficiário já for paciente do profissional.

DIAGNÓSTICO					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
00000140	Falta não justificada.	Em caso de falta sem aviso do paciente, a Dental Uni solicita que seja utilizado o código 00000140 - Falta não justificada. Isto contribuirá para a criação de um banco de dados que nos auxiliará a refrear esta cultura. Esta ação não implicará no pagamento, a não ser que o cliente aceite realizar o pagamento deste procedimento (Conforme Código de Defesa do Consumidor).	Não	Boca	–
81000030	Consulta odontológica.	–	Não	Boca	06 Meses
81000049	Consulta odontológica de urgência.	–	Não	Boca	06 Meses

81000057	Consulta odontológica de urgência 24 hs.	Exclusivo para Clínicas credenciadas para Urgência 24 hs.	Não	Boca	06 Meses
81000065	Consulta odontológica inicial.	Deve ser utilizado apenas na primeira avaliação do beneficiário.	Não	Boca	06 Meses
81000260	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais (exame histopatológico).	Incluso na Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	Não	Boca	–
RADIOLOGIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
00000100	Imagem fotográfica.	–	–	Dente	06 Meses
81000421	RX Periapical.	–	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	Região	06 Meses
81000375	RX interproximal-bite-wing.	–	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	Região	06 Meses
81000537	Traçado cefalométrico.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses
81000308	Modelos ortodônticos.	Justificativa Clínica.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	–
81000383	Radiografia oclusal.	–	–	–	12 Meses
81000367	RX mão e punho - carpal.	Idade máxima 13 anos.	–	–	12 Meses
00000330	Seio frontal.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses
00000340	Seio nasal.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses
81000324	Radiografia antero posterior.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses
81000430	Radiografia postero anterior.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).	Justificativa Clínica.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	12 Meses
81000472	Telerradiografia.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses
	Telerradiografia frontal.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses
81000561	Radiografia lateral corpo da mandíbula.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico.	Justificativa Clínica.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	12 Meses
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses

81000340	Radiografia de ATM.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses
	Radiografia de ATM 3 posições transcraniana.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses
	Radiografia de ATM 3 posições transfacial.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses
	Radiografia de ATM 6 posições transcraniana /transfacial.	Justificativa Clínica.	–	–	12 Meses
00000348	Documentação ortodôntica “E” – 1 radiografia panorâmica, 1 telerradiografia, 1 traçado cefalométrico, 2 fotos (frente e perfil), modelo de estudo superior e inferior.	Para solicitação de tratamento ortodôntico.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	Único
81000294	Levantamento radiográfico	Autorizado para tratamento Periodontal.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	12 Meses
00000346	Documentação ortodôntica “B” – radiografia panorâmica, telerradiografia, 01 traçado cefalométrico, 05 fotos (frente, perfil e intrabucais), modelo de estudo superior e inferior	Para solicitação de tratamento ortodôntico.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	Único
00000345	Documentação ortodôntica “A” – radiografia panorâmica, telerradiografia, 01 traçado cefalométrico, 08 fotos (frente, perfil e intrabucais), modelo de estudo superior e inferior.	Para solicitação de tratamento ortodôntico.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	Único
81000529	Tomografia convencional – multidirecional - maxila - especificar região.	–	–	–	12 Meses
81000530	Tomografia convencional – multidirecional - mandíbula - especificar região.	–	–	–	12 Meses
81000510	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam-maxila	–	–	–	12 Meses
81000511	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam-mandíbula	–	–	–	12 Meses

CRITÉRIOS

- 1. As radiografias que não estiverem nos padrões mínimos de qualidade quanto à técnica, revelação e fixação (sem corte do ápice, sobreposição de imagens, halos, sub ou super-revelação e correta fixação) não serão aceitas, podendo o procedimento ser glosado.
- 2. As radiografias anexadas devem ter a identificação do paciente, número do dente e posicionamento correto se anexados do lado errado, correlação ao ponto de referência, não serão considerados.
- 3. A cooperativa não aceita imagens modificadas, filtradas e/ou manipuladas. A adulteração deste material implicará na glosa do procedimento e na tomada das medidas cabíveis pelo setor de Auditoria Clínica da Dental Uni.
- 4. Para os casos em que for solicitada pela Dental Uni imagem fotográfica será pago o valor de uma imagem 10 USO – Codigo 00000100.”
- 5. Quando necessário a Dental Uni autoriza até quatro radiografias para diagnóstico a cada seis meses. Caso seja necessário um número maior, a solicitação deve ser justificada através do sistema nas observações clínicas.
- 6- É obrigatório a todas as Clínicas e Laboratórios Radiológicos, a inserção de imagens (Rx periapical, rx bite wing, levantamento radiográfico, Rx panorâmioc,Documentação Ortodôntica) , facilitando a equipe técnica e agilizando a comunicação do cirurgião-dentista, beneficiário, laboratórios e a própria Dental Uni.

EXAMES DE LABORATÓRIO					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
00000410	Teste risco de cárie.	Justificativa Clínica. Crianças até 07 anos.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	Único
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	–
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	–
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	–
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo facial.	Justificativa Clínica.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	–
84000244	Teste de fluxo salivar.	Justificativa Clínica. Crianças até 07 anos.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	Único
84000252	Teste de PH salivar.	Justificativa Clínica. Crianças até 07 anos.	Anexar laudo laboratorial para produção.	Boca	Único
PREVENÇÃO					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
84000198	Profilaxia: polimento coronário (com jato de bicarbonato e ul- trassom - para maiores de 13 anos).	Indicado para maiores de 13 anos. Profilaxia: polimento coroário, com o uso de ultrassom, remoção de tartaro supragengival, jato de bicarbonato ou pasta profilática.	Não	Hemiarcada	6 Meses
84000090	Aplicação tópica de flúor.	Incluso a profilaxia com pasta profilática, taças e escovas - p/ menores de 13 anos.	Não	Boca	6 Meses
84000139	Atividade educativa em saúde bucal.	Incluso na Profilaxia (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	–	–	–
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana).	Incluso na Profilaxia. (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	–	–	–
84000171	Controle de cárie incipiente.	Incluso na Profilaxia. (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	–	–	–
85300055	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana).	Incluso na Profilaxia. (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	–	–	–

87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.	Incluso na Profilaxia (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	–	–	–
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores.	Incluso na Profilaxia (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).	–	–	–

OBSERVAÇÃO

1. A profilaxia não é considerada um ato para tratamento periodontal e sim preventivo. Sua indicação não deve substituir o manejo do próprio paciente.
2. Sugerimos a indicação da profilaxia ao final do tratamento, e não no início do tratamento.

ODONTOPEDIATRIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
84000074	Aplicação de selante de fóssulas e fissuras.	Para Dentes decíduos até 07 anos. Para Dentes Permanentes até 12 anos.	Não	Dente	Único
00000655	Escavação em massa c/ ionomêro de vidro restaurador (por elemento).	Justificativa nas Observações clínicas.	Foto Inicial	Dente	24 Meses
00000660	Adequação do meio bucal c/ ionômero de vidro (por elemento).	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Dente	12 Meses
00000670	Adequação meio bucal c/ IRM (por elemento).	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Dente	12 Meses
81000014	Condicionamento em odontologia.	Apenas para especialistas em Odontopediatria, Odontogeriatria e Pacientes especiais. O procedimento será pago por sessão. Au- torizado para crianças até 07 anos.	Não	–	3 Sessões no Máximo
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.	Apenas para Odontopediatras.	Não	Carta de Autorização dos pais anexado para Produção	Único
83000020	Coroa de acetato em Dente decíduo.	Dentes anteriores decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para menores de 07 anos.	Foto Inicial e Final	Dente	Único
83000046	Coroa de aço em Dente decíduo.	Molares decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para menores de 07 anos.	Foto Inicial e Final	Dente	Único
83000062	.Coroa de policarbonato em Dente decíduo.	Dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para menores de 07 anos.	Foto Inicial e Final	Dente	Único
83000089	Exodontia simples de decíduos.	–	Não	Dente	Único
83000097	Mantenedor de espaço fixo.	–	–	ASAI	Único
83000100	Mantenedor de espaço removível.	–	–	ASAI	Único

83000127	Pulpotomia em Dente decíduo.	Em Dentes decíduos que estiverem esfoliando deverá ser solicitado o procedimento 83000089 - Exodontia simples de dec' duo.	RX Inicial	Dente	Único
83000135	Restauração atraumática em decíduo.	Somente para pacientes com Dentes deciduos.	Foto Inicial e Final	Dente	24 Meses
83000151	Tratamento endodôntico em decíduos.	Em Dentes decíduos que estiverem esfoliando deverá ser solicitado o procedimento 83000089 - Exodontia simples de dec' duo.	RX Inicial	Dente	Único
84000031	Aplicação de carióstático.	Idade máxima 06 anos. Justificativa nas Observações Clínicas.	Não	ASAI	Único
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva.	Para Dentes decíduos até 07 anos. Para Dentes Permanentes até 12 anos.	Não	Dente	Único
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado (Odontopedi- atria e até 12 anos).	Não remunerado com os atos 84000201 - Remineralização, 840000090 - Aplicação Topica de Flúor e 85300012 - Dessensibilização Dentária. Até 12 anos. Justificativa nas observações clínicas	Foto Inicial	Dente	12 Meses
84000201	Remineralização.	Será autorizado até 12 anos quando comprovado processo de desmineralização em estágio inicial (lesão branca). Não pode ser remunerado com a 85300012 - Dessensibilização Dentária, 840000090 - Aplicação Topica de Flúor e 84000112 - Aplicação tópica de verniz fluoretado.	Foto Inicial	Dente	12 Meses
85100080	Restauração atraumática em Dente permanente.	Somente para pacientes até 15 anos. Acima desta idade justificar.	Foto Inicial e Final	Dente	24 Meses
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face (até 12 anos).	Autorizado como procedimento restaurador definitivo.	Foto Inicial	Dente	24 Meses
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces (até 12 anos).	Autorizado como procedimento restaurador definitivo.	Foto Inicial	Dente	24 Meses
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces (até 12 anos).	Autorizado como procedimento restaurador definitivo.	Foto Inicial	Dente	24 Meses
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces (até 12 anos).	Autorizado como procedimento restaurador definitivo.	Foto Inicial	Dente	24 Meses
85100234	Tratamento de fluorose - microabrasão.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Dente	Único
85200042	Pulpotomia.	Não autorizado para Dentes permanentes.	RX Inicial	Dente	Único
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais.	Apenas para especialistas em Odontopediatria, Odontogeriatria e Pacientes especiais.	Não	-	-

87000040	Coroa de acetato em Dente permanente.	Dentes anteriores não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para maiores de 13 anos. Não remunerado com solicitações de restaurações e Próteses.	Foto Inicial e Final	Dente	Único
87000059	Coroa de aço em Dente permanente.	Dentes posteriores não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para maiores de 13 anos. Não remunerado com solicitações de restaurações e Próteses.	Foto Inicial e Final	Dente	Único
87000067	Coroa de polycarbonato em Dente permanente.	Dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Indicado para maiores de 13 anos. Não remunerado com solicitações de restaurações e Próteses.	Foto Inicial e Final	Dente	Único
87000148	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia.	Apenas para Odontopediatras.	Não	Carta de Autorização dos pais anexado para Produção	Único

OBSERVAÇÕES:

Dental uni não solicita a comprovação de exodontia de decíduos,por imagens, mas se o dentista ou laboratório radiológico, anexar imagens e ficar comprovado que o dente está ausente será feita - Glosa 1433 –Procedimento não Autorizado dentes ausentes - sem diretito a recurso de glosa.

DENTÍSTICA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
85100021	Clareamento dentário caseiro.	–	–	Boca	–
85100030	Clareamento dentário de consultório.	–	–	Boca	–
85100031	Clareamento a laser.	–	–	Boca	–
85100032	Complemento de clareamento a laser - por sessão.	–	–	Boca	–
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável.	Somente para Dentes anteriores. Não está indicado para finalidade estética.	Foto Inicial e Final	Dente	24 Meses
85100072	Placa de acetato para clareamento caseiro.	Justificativa Clínica.	Foto Final	Boca	24 Meses
85100099	Restauração amálgama 1 face.	–	Foto Inicial/RX	Dente	24 Meses
85100102	Restauração amálgama 2 faces.	–	Foto Inicial/RX	Dente	24 Meses
85100110	Restauração amálgama 3 faces.	–	Foto Inicial/RX	Dente	24 Meses
85100129	Restauração amálgama 4 faces.	–	Foto Inicial/RX	Dente	24 Meses
85100170	Restauração em resina (indireta) - Inlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial/ Foto Final	Dente	60 Meses

85100188	Restauração em resina (indireta) - Onlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial/ Foto Final	Dente	60 Meses
85100196	Restauração resina fotopolimerizável 1 face.	–	Foto Inicial	Dente	24 Meses
85100200	Restauração resina fotopolimerizável 2 faces.	–	Foto Inicial	Dente	24 Meses
85100218	Restauração resina fotopolimerizável 3 faces.	–	Foto Inicial	Dente	24 Meses
85200085	Restauração temporária/tratamento expectante.	Restauração definitiva deve ser solicitada após período de 45 dias.	RX Inicial	Dente	45 Dias
85400017	Ajuste oclusal por acréscimo.	Justificativa Clínica.	–	Dente	–
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo.	Justificativa Clínica.	–	Dente	–
85400262	Pino pré-fabricado.	Não é autorizado com procedimento restaurador direto.	RX Inicial	Dente	–

CRITÉRIOS

- 1. Já estão inclusas nas restaurações os valores correspondentes a forramento, polimento e ajuste oclusal. Nas restaurações de 3 faces em dentes anteriores , as faces de acesso (lingual, palatal ou vestibular) não serão consideradas, será realizada a adequação de faces.
- 2. Os procedimentos 85400211 - Núcleo de preenchimento e 85400262 – Pino pré-fabricado não são autorizados com procedimento restaurador direto (restauração de resina, amálgama e ionômero).
- 3. Para elementos dentários com pouco tecido de suporte deve-se indicar procedimentos indiretos (próteses). Procedimentos restauradores diretos em dentes com indicação protética são passíveis de glosa.
- 4. A Dental Uni pode solicitar fotos finais de restaurações, em casos de divergências clínicas, para comprovação de procedimentos , em recursos de glosa.
- 5. O padrão ideal para as fotos de Dentes anteriores: uso de abridor e espelho posicionado na palatina, para visualização tanto da face vestibular e Palatina. Para restaurações com envolvimento vestibular, palatal, lingual e face oclusal (O, OVL, OL, OP, P, L, V) é necessário foto inicial.
- 6. As restaurações solicitadas serão reembolsadas pela Dental UNi mediante a visualização da face solicitada. Quando anexar as fotos o Cirurgião-Dentista deve verificar se nas fotos, realmente podem ser visualizadas as faces solicitadas, caso isso não ocorra pode haver glosas.
- 7. As guias de Dentística que não precisarem de autorização prévia (que não ficaram no status levantamento inicial), serão analisadas na Produção.

ENDODONTIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
85200018	Clareamento de Dente desvitalizado.	Quantidade de sessões necessárias para clareamento estão inclusos no procedimento.	RX e Foto Inicial	Dente	–
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal (por conduto).	Incluso no Retratoamento.	RX Inicial/Final	Dente	–
85200069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico.	Incluso no Retratoamento.	–	–	–
85200093	Retratoamento endodôntico birradicular.	RX final obrigatoriamente com canais dissociados.	RX Inicial/Final	Dente	Único

85200107	Retratamento endodôntico multirradicular.	RX final obrigatoriamente com canais dissociados.	RX Inicial/Final	Dente	Único
85200110	Instrumentação mecanizada.	Não será aurtorizada junto com solicitação de Endodon- tia ou retratamento.	RX Inicial/Final	Dente	–
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular.	–	RX Inicial/Final	Dente	Único
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica.	Comprovar radiograficamente a perfuração. Colocar o material utilizado nas Observações Clínicas do sitema da Dental Uni.	RX Inicial/Final	Dente	Único
85200131	Tratamento endodôntico de Dente com rizogênese incompleta.	Indicação endodôntica e ápice aberto. Necessita envio da imagem radiográfica inicial e final.	RX Inicial/Final	Dente	Único
85200140	Tratamento endodôntico birradicular.	RX final deve comprovar os canais dissociados.	RX Inicial/Final	Dente	Único
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular.	RX final deve comprovar os canais dissociados.	RX Inicial/Final	Dente	Único
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular.	–	RX Inicial/Final	Dente	Único

CRITÉRIOS

1. Antes de realizar o procedimento de Endodontia deverá ser analisada a condição periodontal e restauradora e a sua manutenção, isto porque Dentes com prognóstico duvidoso poderão ter seu pagamento glosado. Exceções serão analisadas pelo Departamento Clínico da Dental Uni. O profissional já deve indicar no sistema, no campo Observações Clínicas, o Periodontista e Protesista (em caso de reabilitação protética) que irão acompanhar o caso. Caso opte pela Endodontia, este elemento deverá manter-se na cavidade bucal por um período mínimo de vinte e quatro meses. As Endodontias são analisadas na Produção (Rx inicial e Final), as radiografias de Odontometria não serão aceitas como RX inicial. RX final da Endodontia deve estar com os cones cortados.
2. Nos valores das Endodontias já estão inclusas despesas de material, isolamentos e trocas de medicação (se necessário). As Trocas de hidróxido de cálcio são ato contínuo ao tratamento ou retratamento endodôntico e não podem ser cobradas da cooperativa ou do beneficiário.
3. As endodontias deverão seguir os padrões da literatura de odontometria, obturação e selamento hermético de canais radiculares, do contrário, os procedimentos poderão ser glosados: Sobreobturação de cone de guta percha, evidência de perfuração endodôntica, presença de instrumento fraturado, Suporte ósseo inferior a 2/3 da raiz (Prognóstico Duvidoso), Falhas de obturação (Falhas na condensação lateral e pouca ampliação dos canais).
4. No Retratamento Endodôntico é necessário a melhoria da obturação - ampliação do conduto; deve ser removido o instrumento fraturado ou ultrapassá-lo. Caso não seja observada a melhora no Retratamento, pode ser solicitado RX intermediário para constatar a remoção do material obturador.

PERIODONTIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de tratamento via conduto não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitações de apice- tomia para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de tratamento via conduto não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitações de apice- tomia para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único

82000212	Aumento de coroa clínica.	Invasão do espaço biológico pela cárie ou fratura. Procedimento não poderá ser solicitado junto com Cirurgia periodontal a retalho (82000417), e Cirurgia odontológica a retalho (82000336), gengivectomia (820000921) e Gengivoplastia (82000948).	RX Inicial e Final	Dente	12 Meses
82000336	Cirurgia odontológica a retalho.	Pacientes maiores de 15 anos. Ver critérios.	RX Panorâmico ou Levantamento Radiográfico	Segmento	12 Meses
82000344	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos.	–	–	–	
82000417	Cirurgia periodontal a retalho.	Indicação para bolsas periodontais acima de 5 mm. Indicado para maiores de 15 anos. Ver critérios.	RX Panorâmico ou Levantamento Radiográfico	Segmento	12 Meses
82000557	Cunha proximal.	Autorizado somente para terceiros molares. Incluso não ato de Exodontia/cirurgia.	Foto Inicial	Dente	Único
82000646	Enxerto conjuntio subepitelial.	Justificativa e informações técnicas no campo de Observações Clínicas (técnica e área doadora) .	Foto Inicial e Final	Segmento	Único
82000662	Enxerto gengival livre.	Justificativa e informações técnicas no campo de Observações Clínicas (técnica e área doadora).	Foto Inicial e Final	Segmento	Único
82000689	Enxerto pediculado.	Justificativa e informações técnicas no campo de Observações Clínicas (técnica e área doadora).	Foto Inicial e Final	Segmento	Único
82000690	Cirurgia de enxerto com osso homólogo (banco de ossos) - ato cirúrgico.	–	–	–	–
82000921	Gengivectomia.	Autorizada na presença de tratamento endodôntico, restaurador ou protético.	Foto Inicial	Segmento	12 Meses
82000948	Gengivoplastia.	–	Foto Inicial e Final	Segmento	12 Meses
82001049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno.	–	–	–	–
82001057	Levantamento do seio maxilar com osso homólogo.	–	–	–	–
82001065	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado.	–	–	–	–
82001464	Sepultamento radicular.	Justificativa.	RX Inicial	Dente	Único
82001669	Tratamento odontológico regenerativo com enxerto de osso autógeno.	–	–	–	–
82001685	Tunelização.	Indicação de perda óssea (mais de 50%) e furca graus II e III.	RX Inicial	Dente	12 Meses
85300012	Dessensibilização dentária.	Autorizado para maiores de 15 anos, justificativa nas Observações clínicas para a Produção.	Foto Inicial	Dente	12 Meses

85300039	Raspagem subgengival/alisamento radicular.	85300039 - Raspagem subgengival necessita de preenchimento do periograma (formulário disponível no site – menu Plano de Tratamento) que deve ser anexado. Está incluso a Profilaxia (84000198) Cirurgia periodontal a retalho (82000417), e Cirurgia odontológica a retalho (82000336). Indicado para maiores de 15 anos.	RX Panorâmico ou Levantamento Radiográfico	Hemiarcada	6 Meses
85300047	Raspagem supragengival.	Incluso na Profilaxia.		Hemiarcada	
85300071	Tratamento e gengivite necrosante aguda.	Inclusos a Profilaxia ou Raspagem sub-gengival.	Foto Inicial	Boca	12 Meses
85400270	Placa oclusal resiliente.	Justificativa para a solicitação.	Foto Inicial e Final com a Placa Oclusal Instalada	Boca	Único

CRITÉRIOS

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

2. Os códigos 82000662 - Enxerto gengival livre, 82000689 - Enxerto pediculado e 00000293 - Enxerto gengival livre não podem ser solicitados com Cirurgia periodontal a retalho (82000417), Cirurgia odontológica a retalho (82000336), gengivectomia (820000921) e gengivoplastia (82000948) e aumento de coroa clínica (82000212).

PRÓTESE DENTAL					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
00004141	Coroa elemento metalocerâmica	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses
00004170	Coroa 3/4.	–	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
00004170	Coroa 4/5.	–	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
00004270	Encaixe macho/fêmea.	–	–	–	–
00004301	Prótese total personalizada.	–	–	–	–
00004360	Jig ou front plato.	–	–	–	Único
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular.	Autorizada na presença de Retratamento endodôntico ou protético. Não pode ser solicitado com Remoção de trabalho protético.	RX Inicial	Dente	–
85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório).	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.	Foto Inicial	AS / AI	Único
85400041	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório).	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.	Foto Inicial	AS / AI	Único

85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório).	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.	Foto Inicial	AS / AI	Único
85400068	Conserto em prótesetotal (exclusivamente em consultório).	Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.	Foto Inicial	AS / AI	Único
85400076	Coroa provisória com pino.	Ver critérios.	RX Inicial e Foto Final	Dente	36 Meses
85400084	Coroa provisória sem pino.	Ver critérios.	RX Inicial e Foto Final	Dente	36 Meses
85400092	Coroa total acrílica prensada.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
85400106	Coroa total em cerâmica pura.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
85400114	Coroa total em cerômero.	Autorizado para Dentes anteriores de canino a canino perma- nentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
85400149	Coroa total metálica.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) per- manentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses
85400157	Coroa total metalocerâmica.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses
85400165	Coroa total metaloplástica – cerômero.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
85400173	Coroa total metaloplástica – resina acrílica.	Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
85400181	Faceta em cerâmica pura.	Indicado para Dentes anteriores.	Foto Inicial e Final	Dente	60 Meses
85400190	Faceta em cerômero.	Indicado para Dentes anteriores.	Foto Inicial e Final	Dente	60 Meses
85400203	Guia cirúrgico para prótese total imediata.	–	–		
85400211	Núcleo de preenchimento.	Autorizado somente para Inlay/Onlay.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses
85400220	Núcleo metálico fundido.	Ver critérios.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses
85400238	Onlay de resina indireta.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
85400289	Prótese fixa adesiva direta (provisória).	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial e Foto Final	Dente	36 Meses
85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalocerâmica.	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses
85400319	Prótese fixa adesiva indireta em metaloplástica.	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses

85400335	Prótese parcial fixa em metalocerâmica.	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	RX Inicial e Final	Dente	60 Meses
85400343	Prótese parcial fixa em metaloplástica.	Solicitação limitada a 4 elementos. Devem ser solicitados códigos de elementos de Prótese fixa, tanto para pilares como para pânticos.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
85400351	Prótese parcial fixa in ceran livre de metal (metal free).	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
85400360	Prótese parcial fixa provisória.	Solicitação limitada a 4 elementos.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semiprecisão.	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares, sua inclinação.	RX Panorâmico/ foto final da PPR adaptada na boca	AS / AI	60 Meses
85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral.	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares, sua inclinação.	RX Panorâmico/ foto final da PPR adaptada na boca	AS / AI	60 Meses
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos.	Será analisada a condição periodontal dos Dentes pilares, sua inclinação.	RX Panorâmico/ foto final da PPR adaptada na boca	AS / AI	60 Meses
85400408	Prótese total.	Foto inical da arcada solicitada para análise e foto final com a Prótese instalada.	Foto Inicial e Final	AS / AI	60 Meses
85400416	Prótese total imediata.	Foto inical da arcada solicitada para análise e foto final com a Prótese instalada.	Foto Inicial e Final	AS / AI	60 Meses
85400424	Prótese total incolor.	Foto inical da arcada solicitada para análise e foto final com a Prótese instalada.	Foto Inicial e Final	AS / AI	60 Meses
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório).	–	–	–	–
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório).	–	–	–	–
85400505	Remoção de trabalho protético.	Autorizada na presença de Retratamento endodôntico ou protético. Não pode ser solicitado com Remoção de núcleo intrarradicular.	RX Inicial	Dente	–
85400513	Restauração em cerâmica pura - Inlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 03 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
85400521	Restauração em cerâmica pura - Onlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses

85400530	Restauração em cerômero - Onlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
85400548	Restauração em cerômero - Inlay.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses
85400556	Restauração metálica fundida.	Autorizado para Dentes posteriores (pré-molares e molares) permanentes, com comprometimento de 03 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.	RX Inicial e Foto Final	Dente	60 Meses

CRITÉRIOS

1. Os procedimentos 85400076 – Coroa provisória com pino e 85400084 – Coroa provisória sem pino são destinados à proteção do remanescente dentário e estruturas de suporte durante as etapas de preparo da prótese final. A coroa provisória é considerada uma etapa da confecção de uma prótese fixa.
2. Não serão autorizados os atos 85400076 – Coroa provisória com pino ou 85400084 – Coroa provisória sem pino como provisório de prótese sobre implante ou pânticos.
3. O procedimento 85400220 - Núcleo metálico fundido é autorizado somente para Dentes com tratamento endodôntico prévio satisfatório e com bom prognóstico. O procedimento final 85400220 -Núcleo metálico fundido deve apresentar os requisitos funcionais de implantação (2/3 do comprimento da raiz), em conformidade com as áreas de periodontia e endodontia conforme técnicas preconizadas na literatura.
4. Nos valores dos procedimentos já estão inclusas as despesas protéticas (despesas de laboratório).
5. É importante e de responsabilidade técnica do profissional executante a análise da necessidade e condição dentária e gengival do beneficiário para receber procedimentos protéticos.

Alguns outros pontos que devem ser analisados:

- Inclinação dos Dentes pilares
 - Lesão apical nos Dentes pilares ou Dente que irá receber a prótese
 - Suporte ósseo dos Dentes pilares inferior a 50%
 - Perfuração endodôntica
 - Espaços protéticos amplos ou inadequados
 - Tratamento endodôntico inadequado/ insatisfatório
 - Indicação protética inadequada
6. A análise técnica levará em consideração, para pagamento das coroas totais e restaurações indiretas o preparo do Dente, presença de ponto de contato.
7. Nos procedimentos 85400408 – Prótese Total, 85400424 - Prótese total incolor e 85400416 - Prótese total imediata já está incluído o procedimento 00004251 – Colocação de Dentes em prótese(total ou parcial), caso estejam na cobertura do contrato.
8. O ato 00004141 - Coroa elemento metalocerâmico é um procedimento complementar e para sua realização já estão inclusos os atos 00004320 - Casquete moldagem, 85400335 - Prótese parcial fixa em matalocerâmica, 85400475 - Reembasamento e reparo coroa provisória e 85400092 - Coroa total acrílica prensada(temporária).

CIRURGIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE

82000875	Exodontia simples de permanente.	Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Au- torização do paciente para as solicitações de exodontias.	Não	Dente	Única
00005015	Exodontia simples de supranumerário.	–	RX Inicial	Segmento	Única
00005181	Remoção de Dentes supranumerários (inclusos ou impactados).	–	RX Inicial	Segmento	Único
00005450	Osteotomia e osteoplastia de mandíbula p/ prog- natismo.	–	–		–
00005455	Artroplastia de ATM.	–	–	–	–
00005460	Osteotomia e osteoplastia de mandíbula p/ micrognatismo.	–	–	–	–
00005470	Osteotomia e osteoplastia de mandíbula p/ laterognatismo.	–	–	–	–
00005475	Mentoplastia	–	–	–	–
00005480	Osteotomia/osteoplastia maxila tipo LE fort I	–	–	–	–
00005490	Osteotomia/osteoplastia maxila tipo LE fort II	–	–	–	–
00005500	Osteotomia/osteoplastia maxila tipo LE fort III	–	–	–	–
00005530	Sulcoplastia p/arcada c/remoção de hiperplasia / re- construção sulco gengivolabial	–	–	–	–
00005830	Correção de brida muscular	–	–	–	–
00005840	Alveolotomia (por Hemiarcada).	Incluso na Exodontia/cirurgia.	–	–	–
00005850	Cirurgia para correção de tuberosidade.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	AS / AI	Único
00005870	Curetagem apical (cirurgia de granuloma e cisto).	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de apicetomia, Exodontia, ou cirurgias de Terceiros molares para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único
82000034	Alveoloplastia.	Incluso no procedimento de Exodontia/cirurgia.	–	–	–
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único

82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de cure- tagem apical para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de curetagem apical para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de cure- tagem apical para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada.	Indicado quando as tentativas de Tratamento Endodôntico não obtiveram sucesso. Não remunerado com solicitação de cure- tagem apical para o mesmo Dente.	RX Inicial e Final	Dente	Único
82000190	Aprofundamento / aumento de vestibulo.	Procedimento pré-protético.	RX Inicial	AS / AI	
82000239	Biópsia de Boca.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único
82000247	Biópsia de glândula salivar.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único
82000255	Biópsia de lábio.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único
82000263	Biópsia de língua.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único
82000271	Biópsia de mandíbula.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único
82000280	Biópsia de maxila.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único
82000298	Bridectomia.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único
82000301	Bridotomia.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único
82000352	Cirurgia para exostose maxilar.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único
82000360	Cirurgia para tórus mandibular - bilateral.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	AS / AI	Único
82000387	Cirurgia para tórus mandibular - unilateral.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	AS / AI	Único
82000395	Cirurgia para tórus palatino.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomapopatológico)	Boca	Único
82000581	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua.	–	–	–	–
82000603	Enxerto com osso autógeno do mento.	–	–	–	–

82000743	Exérese de lipoma na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	AS / AI	Único
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar.	Informar a região.	Foto Inicial	AS / AI	Único
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos.	Justificativa Clínica.	RX Panorâmico	Dente	Único
82000794	Exérese ou excisão de mucocèle.	Informar a região.	Foto Inicial	AS / AI	Único
82000808	Exérese ou excisão de rânula.	Informar a região.	Foto Inicial	AS / AI	Único
82000816	Exodontia a retalho.	Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias.	Não	Dente	Única
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética.	Anexar carta do Ortodontista.	Não	Dente	Única
82000859	Exodontia de raiz residual.	Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias.	Não	Dente	Única
82000883	Frenulectomia labial.	Justificativa Clínica.	Segmento	Segmento	Único
82000891	Frenulectomia lingual.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único
82000905	Frenulotomia labial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único
82000913	Frenulotomia lingual.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Segmento	Único
82001103	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomapopatológico)	Boca	–
82001120	Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial.	–	–	–	–
82001154	Reconstrução sulco gengivolabial.	Procedimento pré-protético.	RX Inicial	AS / AI	
82001170	Redução cruenta de fraturas alveolodentárias.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	AS / AI	Único
82001189	Redução incruenta de fraturas alveolodentárias.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	AS / AI	Único
82001219	Reeducação e/ou reabilitação de distúrbio bucomaxilofacial.	–	–	–	–
82001286	Remoção de Dentes inclusos/impactados.	–	RX Panorâmico	Dente	Único
82001294	Remoção de Dentes semi-inclusos/impactados.	–	RX Panorâmico	Dente	Único
82001367	Remoção de odontoma.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	Segmento	Único
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal.	Justificativa Clínica.	RX Inicial e Final	Dente	Único

82001413	Retirada de corpo estranho sub-cutâneo ou sub-mucoso região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	RX Inicial e Final	AS / AI	–
82001430	Retirada dos meios de fixação da região bucomaxilofacial.	–	–	–	–
82001448	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em odontologia.	–	–	–	–
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.	Justificativa Clínica	RX Inicial	Segmento	Único
82001510	Tratamento cirúrgico de fístula buconasais.	Justificativa Clínica.	RX Panorâmico	AS / AI	Único
82001529	Tratamento cirúrgico de fístula bucossinusais.	Justificativa Clínica.	RX Panorâmico	AS / AI	Único
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco- maxilofacial.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	Hemiarcada	
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasia de tecidos moles da região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	Boca	Único
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilaginosos na região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	RX Inicial	Boca	Único
82001618	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles da região bucomaxilofacial.	Justificativa Clínica.	Foto Inicial	Boca	Único
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores benignos odontogênicos - sem reconstrução.	Justificativa Clínica.	RX Panorâmico	AS / AI	Único
82001707	Ulectomia.	Indicação para Dentes em fase de erupção com hipertofia muco- gengival. Não remunerado com 82001715.	Foto Inicial	Dente	Único
82001715	Ulotomia.	Indicação para Dentes em fase de erupção com hipertrofia gengival. Não remunerado com 82001707.	Foto Inicial	Dente	Único
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia.	–	–	–	–

CRITÉRIOS

1. Para a cobrança do laudo laboratorial, solicitar o código 81000138 – Diagnóstico anatomopatológico de biópsia da região bucomaxilofacial. Para os procedimentos acima serem reembolsados, anexar laudo laboratorial (anatomopatológico) através do aplicativo, para análise na Produção.
2. Os procedimentos 82000786 – Exérese ou excisão de cistos, 82001510 - Tratamento cirúrgico de fístula buconasal e 82001529 – Tratamento cirúrgico das fístulas bucossinusais possuem sua cobertura prevista no Rol de procedimentos desde que a extensão da lesão permita a realização em ambiente ambulatorial.

ORTODONTIA					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
86000098	Aparelho ortodôntico fixo metálico.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000144	Arco lingual.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000152	Barra traspalatina fixa	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000160	Barra traspalatina removível.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000187	Bloco germinado de Clarck - Twinblock.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000195	Botão de Nance.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000209	Contenção fixa - por arcada.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000250	Distalizador de Hilgers.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000306	Gianelly.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000314	Grade palatina fixa.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000322	Grade palatina removível.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000330	Herpst encapsulado.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000462	Placa de hawley.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000470	Placa de hawley com torno expensor.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000535	Placa lábio ativa.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
86000560	Quadrielize.	Ortodontia interceptativa.	–	–	–
TRATAMENTO ORTOPÉDICO FUNCIONAL DOS MAXILARES					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
00008500	Aparelho ortopédico funcional.	–	–	–	–
00008510	Manutenção aparelho ortopédico funcional.	–	–	–	–
00008520	Tratamento ortopédico funcional (36 meses).	–	–	–	–
00008530	Monitoramento ortopédico funcional.	–	–	–	–
00008540	Pista direta plana.	–	–	–	–
00008550	Conserto aparelho ortopédico funcional.	–	–	–	–
00008560	Montagem em gnatostato (modelo de estudo - par montado em gnatostato).	–	–	–	–

86000551	Plano inclinado.	–	–	–	–
DTM					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
85400246	Órtese miorreloxante.	Justificativa clínica para solicitação	Foto Inicial e Final com a Placa Oclusal Instalada	Boca	Único
85400254	Órtese reposicionadora.	Justificativa clínica para solicitação	Foto Inicial e Final com a Placa Oclusal Instalada	Boca	Único
86000595	Artroscopia de ATM.	Sessão.	–	–	–
86000596	Dispositivo reposicionador.	–	–	–	–
86000597	Dispositivo descompressor.	–	–	–	–
86000598	Infiltração anestésica.	Sessão.	–	–	–
86000599	Infiltração medicamentosa.	Sessão.	–	–	–
86000600	Eletromiografia.	Sessão.	–	–	–
86000601	Manutenção de dispositivo interoclusal.	–	–	–	–
86000602	Tratamento de DTM - acupuntura - sessão.	–	–	–	–
IMPLANTE/PRÓTESE SOBRE IMPLANTE					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
00003145	Supervisão cirúrgica de implante.	–	–	–	–
00003300	Reabilitação unitária com implante.	Estão incluídas desde a fase cirúrgica até a protética, exceto o valor do cilindro, que poderá ser cobrado diretamente do beneficiário.	–	–	–
00004189	Cicatrizador (paralelo ou divergente).	–	–	–	–
00004190	Intermediário protético cônico (para implantes).	–	–	–	–
00004191	Intermediário protético cônico angulado.	–	–	–	–
00004192	Intermediário (munhão) standard sobre implante.	Quando o procedimento for coberto estará incluso no procedimento 82000980 – Implante ósseo integrado.	–	–	–
00004193	Análogo ou réplica do implante nacional.	Quando o procedimento for coberto estará incluso no procedimento 82000980 – Implante ósseo integrado.	–	–	–
00004194	Transfer moldeira fechada ou aberta.	–	–	–	–
00004195	Parafuso de cobertura.	–	–	–	–
00004196	Parafuso de trabalho assentamento passivo.	–	–	–	–

4197	Parafuso para enxerto.	–	–	–	–
4198	Parafuso sextavado.	–	–	–	–
4199	Parafuso sextavado (II plus ou similar).	–	–	–	–
5001	Parafuso sextavado (II plus neotorque ou similar).	–	–	–	–
5002	Paralelizador.	–	–	–	–
5003	Ucla calcinável.	–	–	–	–
5004	Ucla em cromo e cobalto.	–	–	–	–
5005	Ucla em titânio.	–	–	–	–
5006	Coroa provisória sobre implante.	–	–	–	–
82000964	Implante ortodôntico (mini-implante ortodôntico para ancoragem).	Cilindro poderá ser cobrado a parte.	–	–	–
82000980	Implante ósseo integrado - ato cirúrgico.	Cilindro poderá ser cobrado a parte.	–	–	–
82001138	Reabertura - colocação de cicatrizador(ato cirúrgico).	Colocação de cicatrizador é para o ato cirúrgico. Quando o procedimento for coberto estará incluso no procedimento 82000980 – Implante ósseo integrado.	–	–	–
85400122	Coroa total livre de metal(metalfree) sobre implante - cerâmica.	–	–	–	–
85400297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free).	–	–	–	–
85500020	Coroa provisória sobre implante com carga imediata.	–	–	–	–
85500038	Coroa total metalocerâmica sobre implante.	–	–	–	–
85500062	Guia cirúrgico para implante.	–	–	–	Único
85500089	Manutenção de prótese sobre implantes.	–	–	–	
85500097	Overdenture barra clipe ou o’ring sobre dois implantes.	Já está prevista a cobertura da prótese total, contemplando os intermediários.	–	–	–
85500143	Protocolo Branemark em carga imediata para 4 implantes - parte protética.	–	–	–	–
85500151	Protocolo Branemark em carga imediata para 5 implantes - parte protética.	–	–	–	–

85500160	Protocolo Branemark para 4 implantes - parte protética.	–	–	–	–
85500178	Protocolo Branemark para 5 implantes - parte protética.	–	–	–	–
85500186	Protocolo Branemark provisório para 4 implantes.	–	–	–	–
85500194	Protocolo Branemark provisório para 5 implantes.	–	–	–	–
ORTOUNIPLAN A					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
00006220	Contenção móvel (superior ou inferior) ou aparelhos móveis simples.	Em casos cobertos, já incluso nas manutenções.	–	–	–
00006225	Tratamento ortodôntico parcial.	Instalação de aparelho parciais.	–	–	–
00006226	Manutenção tratamento ortodôntico parcial.	–	–	–	–
00006229	Manutenção ortodôntica.	–	–	–	–
00006231	Tratamento ortodôntico corretivo I.	–	–	–	–
00006236	Tratamento ortodôntico corretivo II.	–	–	–	–
00006239	Dispositivos auxiliares.	Utilização de aparelhos auxiliares em tratamentos ortodonticos.	–	–	–
00006245	Conserto de aparelho móvel.	–	–	–	–
00006257	Reposição braquetes ou bandas.	–	–	–	–
00006258	Esplintagem com braquetes ortodônticos.	–	–	–	–
00006288	Contenção anteroinferior 3x3.	Em caso de cobertura, está incluso na última manutenção	–	–	–
86000357	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	–	–	–	–
86000373	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho móvel.	–	–	–	–
ORTOUNIPLAN B					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
00008312	12 meses.	–	–	–	–
00008318	18 meses.	–	–	–	–

00008324	24 meses.	–	–	–	–
00008336	36 meses.	–	–	–	–
ORTOUNIPLAN E					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
00006150	Ortouniplan E.	Tratamento coberto, 36 parcelas.	–	–	–
ORTOUNIPLAN					
TUSS	NOMENCLATURA	INSTRUÇÕES TÉCNICAS	IMAGEM	REGIÃO	LONGEVIDADE
00007300	Documentação ortodôntica – 1 radiografia panorâmica, 1 tel-erradiografia, 1 traçado cefalométrico, 2 fotos (frente e perfil), modelo de estudo superior e inferior.	Para solicitação de tratamento ortodôntico.	Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos.	–	Único
00007310	Manutenção ortodôntica - Ortouniplan.	Pacote de 36 parcelas, todo tratamento incluso, inclusive contenção posterior.	–	–	–