



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 | USO |
| 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       | 74  |
| 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       | 74  |
| 82001022 | Incisão e drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial. | –                                                                            | Foto   | Dente  | Único       | 74  |
| 82001030 | Incisão e drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilofacial. | –                                                                            | Foto   | Dente  | Único       | 74  |
| 82001197 | Redução simples de luxação de articulação temporo-mandibular (ATM).                         | Justificativa.                                                               | Foto   | Dente  | Único       | 74  |
| 82001251 | Reimplante de Dente com contenção.                                                          | –                                                                            | Foto   | Dente  | Único       | 74  |
| 82001308 | Remoção de dreno extraoral.                                                                 | –                                                                            | Foto   | Dente  | Único       | 74  |
| 82001316 | Remoção de dreno intraoral.                                                                 | –                                                                            | Foto   | Dente  | Único       | 74  |
| 82001499 | Sutura de ferida em região bucomaxilofacial.                                                | Trauma nos tecidos moles.                                                    | Foto   | Dente  | Único       | 74  |

|          |                                                                           |                                                                                                                                               |            |       |       |    |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|-------|----|
| 82001642 | Tratamento conservador de luxação da articulação temporomandibular (ATM). | Justificativa.                                                                                                                                | Foto       | Dente | Único | 74 |
| 82001650 | Tratamento de alveolite.                                                  | Exodontia/cirurgia recente que não tenha sido realizada pelo mesmo dentista.                                                                  | Foto       | Dente | Único | 74 |
| 85000787 | Imobilização dentária em dentes decíduos.                                 | –                                                                                                                                             | Foto       | Dente | Único | 74 |
| 85100048 | Colagem de fragmentos dentários.                                          | –                                                                                                                                             | Foto       | Dente | Único | 74 |
| 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 | 74 |
| 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 | 74 |
| 85300020 | Imobilização dentária em Dentes permanentes.                              | –                                                                                                                                             | Foto       | Dente | Único | 74 |
| 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 | 74 |
| 85300080 | Tratamento de pericoronarite.                                             | Procedimento não será autorizado para mesmo profissional que solicitar a Exodontia/Cirurgia.                                                  | Foto       | Dente | Único | 74 |
| 85400467 | Recimentação de trabalho protético.                                       | Mesmo dentista que solicitar a Prótese não poderá solicitar o ato de recimentação.                                                            | Foto       | Dente | Único | 74 |

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 | USO |
| 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   | –           | 236 |
| 81000030    | Consulta odontológica.             | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Não    | Boca   | 06 Meses    | 76  |
| 81000049    | Consulta odontológica de urgência. | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Não    | Boca   | 06 Meses    | 76  |

| 81000057   | Consulta odontológica de urgência 24 hs.                                                  | Exclusivo para Clínicas credenciadas para Urgência 24 hs.                              | Não                                                             | Boca     | 06 Meses    | 165 |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------|-------------|-----|
| 81000065   | Consulta odontológica inicial.                                                            | Deve ser utilizado apenas na primeira avaliação do beneficiário.                       | Não                                                             | Boca     | 06 Meses    | 76  |
| 81000260   | Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais (exame histopatológico).              | Incluso na Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065). | Não                                                             | Boca     | –           | 487 |
| RADIOLOGIA |                                                                                           |                                                                                        |                                                                 |          |             |     |
| TUSS       | NOMENCLATURA                                                                              | INSTRUÇÕES TÉCNICAS                                                                    | IMAGEM                                                          | REGIÃO   | LONGEVIDADE | USO |
| 00000100   | Imagem fotográfica.                                                                       | –                                                                                      | –                                                               | Dente    | 06 Meses    | 10  |
| 81000421   | RX Periapical.                                                                            | –                                                                                      | Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos. | Dente    | 06 Meses    | 32  |
| 81000375   | RX interproximal-bite-wing.                                                               | –                                                                                      | Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos. | Segmento | 06 Meses    | 32  |
| 81000537   | Traçado cefalométrico.                                                                    | Justificativa Clínica.                                                                 | –                                                               | –        | 12 Meses    | 61  |
| 81000308   | Modelos ortodônticos.                                                                     | Justificativa Clínica.                                                                 | Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos. | –        | –           | 86  |
| 81000383   | Radiografia oclusal.                                                                      | –                                                                                      | –                                                               | –        | 12 Meses    | 104 |
| 81000367   | RX mão e punho - carpal.                                                                  | Idade máxima 13 anos.                                                                  | –                                                               | –        | 12 Meses    | 126 |
| 00000330   | Seio frontal.                                                                             | Justificativa Clínica.                                                                 | –                                                               | –        | 12 Meses    | 144 |
| 00000340   | Seio nasal.                                                                               | Justificativa Clínica.                                                                 | –                                                               | –        | 12 Meses    | 144 |
| 81000324   | Radiografia antero posterior.                                                             | Justificativa Clínica.                                                                 | –                                                               | –        | 12 Meses    | 157 |
| 81000430   | Radiografia postero anterior.                                                             | Justificativa Clínica.                                                                 | –                                                               | –        | 12 Meses    | 157 |
| 81000405   | Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia).                           | Justificativa Clínica.                                                                 | Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos. | –        | 12 Meses    | 159 |
| 81000472   | Telerradiografia.                                                                         | Justificativa Clínica.                                                                 | –                                                               | –        | 12 Meses    | 167 |
|            | Telerradiografia frontal.                                                                 | Justificativa Clínica.                                                                 | –                                                               | –        | 12 Meses    |     |
| 81000561   | Radiografia lateral corpo da mandibula.                                                   | Justificativa Clínica.                                                                 | –                                                               | –        | 12 Meses    | 184 |
| 81000413   | Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico. | Justificativa Clínica.                                                                 | Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos. | –        | 12 Meses    | 193 |
| 81000480   | Telerradiografia com traçado cefalométrico.                                               | Justificativa Clínica.                                                                 | –                                                               | –        | 12 Meses    | 219 |

|          |                                                                                                                                                                                   |                                             |                                                                 |   |          |     |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---|----------|-----|
| 81000340 | Radiografia de ATM.                                                                                                                                                               | Justificativa Clínica.                      | –                                                               | – | 12 Meses | 376 |
|          | 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    | 482 |
| 81000294 | Levantamento radiográfico                                                                                                                                                         | Autorizado para tratamento Periodontal.     | Inserção obrigatória para clínicas e laboratórios radiológicos. | – | 12 Meses | 497 |
| 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    | 660 |
| 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    | 726 |
| 81000529 | Tomografia convencional – multidirecional - maxila - especificar região.                                                                                                          | –                                           | –                                                               | – | 12 Meses | 814 |
| 81000530 | Tomografia convencional – multidirecional - mandíbula - especificar região.                                                                                                       | –                                           | –                                                               | – | 12 Meses | 814 |
| 81000510 | Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam-maxila                                                                                                                    | –                                           | –                                                               | – | 12 Meses | 954 |
| 81000511 | Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam-mandíbula                                                                                                                 | –                                           | –                                                               | – | 12 Meses | 954 |

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 | USO |
| 00000410              | Teste risco de cárie.                                                                              | Justificativa Clínica. Crianças até 07 anos.                                                                                                                          | Anexar laudo laboratorial para produção. | Boca       | Único       | 192 |
| 81000111              | Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região bucomaxilofacial.                 | Justificativa Clínica.                                                                                                                                                | Anexar laudo laboratorial para produção. | Boca       | –           | 464 |
| 81000138              | Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região bucomaxilofacial.                   | Justificativa Clínica.                                                                                                                                                | Anexar laudo laboratorial para produção. | Boca       | –           | 464 |
| 81000154              | Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região bucomaxilofacial.                        | Justificativa Clínica.                                                                                                                                                | Anexar laudo laboratorial para produção. | Boca       | –           | 464 |
| 81000170              | Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo facial.                              | Justificativa Clínica.                                                                                                                                                | Anexar laudo laboratorial para produção. | Boca       | –           | 464 |
| 84000244              | Teste de fluxo salivar.                                                                            | Justificativa Clínica. Crianças até 07 anos.                                                                                                                          | Anexar laudo laboratorial para produção. | Boca       | Único       | 195 |
| 84000252              | Teste de PH salivar.                                                                               | Justificativa Clínica. Crianças até 07 anos.                                                                                                                          | Anexar laudo laboratorial para produção. | Boca       | Único       | 195 |
| PREVENÇÃO             |                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                          |            |             |     |
| TUSS                  | NOMENCLATURA                                                                                       | INSTRUÇÕES TÉCNICAS                                                                                                                                                   | IMAGEM                                   | REGIÃO     | LONGEVIDADE | USO |
| 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     | 74  |
| 84000090              | Aplicação tópica de flúor.                                                                         | Incluso a profilaxia com pasta profilática, taças e escovas - p/ menores de 13 anos.                                                                                  | Não                                      | Boca       | 6 Meses     | 202 |
| 84000139              | Atividade educativa em saúde bucal.                                                                | Incluso na Profilaxia (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).                                                         | –                                        | –          | –           | 119 |
| 84000163              | Controle de biofilme (placa bacteriana).                                                           | Incluso na Profilaxia. (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).                                                        | –                                        | –          | –           | 56  |
| 84000171              | Controle de cárie incipiente.                                                                      | Incluso na Profilaxia. (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).                                                        | –                                        | –          | –           | 630 |
| 85300055              | Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana).                             | Incluso na Profilaxia. (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065).                                                        | –                                        | –          | –           | 75  |

|          |                                                                                                       |                                                                                                               |   |   |   |     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-----|
| 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). | – | – | – | 112 |
| 87000024 | Atividade educativa para pais e/ou cuidadores.                                                        | Incluso na Profilaxia (84000198), Consulta odontológica (81000030), Consulta odontológica inicial (81000065). | – | – | – | 107 |

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         | USO  |
| 84000074        | Aplicação de selante de fóssulas e fissuras.                          | Para Dentes decíduos até 07 anos. Para Dentes Permanentes até 12 anos.                                                                                            | Não                  | Dente                                               | Único               | 109  |
| 00000655        | Escavação em massa c/ ionomêro de vidro restaurador (por elemento).   | Justificativa nas Observações clínicas.                                                                                                                           | Foto Inicial         | Dente                                               | 24 Meses            | 142  |
| 00000660        | Adequação do meio bucal c/ ionômero de vidro (por elemento).          | Justificativa Clínica.                                                                                                                                            | Foto Inicial         | Dente                                               | 12 Meses            | 33   |
| 00000670        | Adequação meio bucal c/ IRM (por elemento).                           | Justificativa Clínica.                                                                                                                                            | Foto Inicial         | Dente                                               | 12 Meses            | 28   |
| 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 | 148  |
| 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               | 420  |
| 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               | 349  |
| 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               | 408  |
| 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               | 408  |
| 83000089        | Exodontia simples de decíduos.                                        | –                                                                                                                                                                 | Não                  | Dente                                               | Único               | 169  |
| 83000097        | Mantenedor de espaço fixo.                                            | –                                                                                                                                                                 | –                    | ASAI                                                | Único               | 1595 |
| 83000100        | Mantenedor de espaço removível.                                       | –                                                                                                                                                                 | –                    | ASAI                                                | Único               | 1595 |

|                 |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |       |          |     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|----------|-----|
| <b>83000127</b> | 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    | 252 |
| <b>83000135</b> | Restauração atraumática em decíduo.                                         | Somente para pacientes com Dentes deciduos.                                                                                                                                                                                                                                  | Foto Inicial e Final | Dente | 24 Meses | 309 |
| <b>83000151</b> | 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    | 442 |
| <b>84000031</b> | Aplicação de carióstático.                                                  | Idade máxima 06 anos. Justificativa nas Observações Clínicas.                                                                                                                                                                                                                | Não                  | ASAI  | Único    | 129 |
| <b>84000058</b> | Aplicação de selante - técnica invasiva.                                    | Para Dentes decíduos até 07 anos. Para Dentes Permanentes até 12 anos.                                                                                                                                                                                                       | Não                  | Dente | Único    | 103 |
| <b>84000112</b> | Aplicação tópica de verniz fluoretado (Odontopedi-<br>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 | 153 |
| <b>84000201</b> | 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 | 94  |
| <b>85100080</b> | Restauração atraumática em Dente permanente.                                | Somente para pacientes até 15 anos. Acima desta idade justificar.                                                                                                                                                                                                            | Foto Inicial e Final | Dente | 24 Meses | 273 |
| <b>85100137</b> | Restauração em ionômero de vidro - 1 face (até 12 anos).                    | Autorizado como procedimento restaurador definitivo.                                                                                                                                                                                                                         | Foto Inicial         | Dente | 24 Meses | 130 |
| <b>85100145</b> | Restauração em ionômero de vidro - 2 faces (até 12 anos).                   | Autorizado como procedimento restaurador definitivo.                                                                                                                                                                                                                         | Foto Inicial         | Dente | 24 Meses | 192 |
| <b>85100153</b> | Restauração em ionômero de vidro - 3 faces (até 12 anos).                   | Autorizado como procedimento restaurador definitivo.                                                                                                                                                                                                                         | Foto Inicial         | Dente | 24 Meses | 260 |
| <b>85100161</b> | Restauração em ionômero de vidro - 4 faces (até 12 anos).                   | Autorizado como procedimento restaurador definitivo.                                                                                                                                                                                                                         | Foto Inicial         | Dente | 24 Meses | 260 |
| <b>85100234</b> | Tratamento de fluorose - microabrasão.                                      | Justificativa Clínica.                                                                                                                                                                                                                                                       | Foto Inicial         | Dente | Único    | 150 |
| <b>85200042</b> | Pulpotomia.                                                                 | Não autorizado para Dentes permanentes.                                                                                                                                                                                                                                      | RX Inicial           | Dente | Único    | 217 |
| <b>87000032</b> | Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais.   | Apenas para especialistas em Odontopediatria, Odontogeriatria e Pacientes especiais.                                                                                                                                                                                         | Não                  | -     | -        | 148 |

|          |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                 |                      |                                                     |       |     |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|-------|-----|
| 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 | 344 |
| 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 | 334 |
| 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 | 318 |
| 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 | 420 |

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 | USO  |
| 85100021   | Clareamento dentário caseiro.                    | –                                                                                                                                                              | –                      | Boca   | –           | 2127 |
| 85100030   | Clareamento dentário de consultório.             | –                                                                                                                                                              | –                      | Boca   | –           | 865  |
| 85100031   | Clareamento a laser.                             | –                                                                                                                                                              | –                      | Boca   | –           | 5670 |
| 85100032   | Complemento de clareamento a laser - por sessão. | –                                                                                                                                                              | –                      | Boca   | –           | 1895 |
| 85100064   | Faceta direta em resina fotopolimerizável.       | Somente para Dentes anteriores. Não está indicado para finalidade estética.                                                                                    | Foto Inicial e Final   | Dente  | 24 Meses    | 395  |
| 85100072   | Placa de acetato para clareamento caseiro.       | Justificativa Clínica.                                                                                                                                         | Foto Final             | Boca   | 24 Meses    | 147  |
| 85100099   | Restauração amálgama 1 face.                     | –                                                                                                                                                              | Foto Inicial/RX        | Dente  | 24 Meses    | 139  |
| 85100102   | Restauração amálgama 2 faces.                    | –                                                                                                                                                              | Foto Inicial/RX        | Dente  | 24 Meses    | 193  |
| 85100110   | Restauração amálgama 3 faces.                    | –                                                                                                                                                              | Foto Inicial/RX        | Dente  | 24 Meses    | 254  |
| 85100129   | Restauração amálgama 4 faces.                    | –                                                                                                                                                              | Foto Inicial/RX        | Dente  | 24 Meses    | 263  |
| 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    | 2449 |

|          |                                               |                                                                                                                                                                |                        |       |          |      |
|----------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------|----------|------|
| 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 | 2449 |
| 85100196 | Restauração resina fotopolimerizável 1 face.  | –                                                                                                                                                              | Foto Inicial           | Dente | 24 Meses | 139  |
| 85100200 | Restauração resina fotopolimerizável 2 faces. | –                                                                                                                                                              | Foto Inicial           | Dente | 24 Meses | 193  |
| 85100218 | Restauração resina fotopolimerizável 3 faces. | –                                                                                                                                                              | Foto Inicial           | Dente | 24 Meses | 253  |
| 85200085 | Restauração temporária/tratamento expectante. | Restauração definitiva deve ser solicitada após período de 45 dias.                                                                                            | RX Inicial             | Dente | 45 Dias  | 94   |
| 85400017 | Ajuste oclusal por acréscimo.                 | Justificativa Clínica.                                                                                                                                         | –                      | Dente | –        | 175  |
| 85400025 | Ajuste oclusal por desgaste seletivo.         | Justificativa Clínica.                                                                                                                                         | –                      | Dente | –        | 138  |
| 85400262 | Pino pré-fabricado.                           | Não é autorizado com procedimento restaurador direto.                                                                                                          | RX Inicial             | Dente | –        | 280  |

CRITÉRIOS

- 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.
- Os procedimentos 85400211 - Núcleo de preenchimento e 85400262 – Pino pré-fabricado não são autorizados com procedimento restaurador direto (restauração de resina, amálgama e ionômero).
- Para elementos dentários com pouco tecido de suporte deve-se indicar procedimentos indiretos (próteses). Procedimentos restauradores diretos em dentes com indicação protética são passíveis de glosa.
- A Dental Uni pode solicitar fotos finais de restaurações, em casos de divergências clínicas, para comprovação de procedimentos , em recursos de glosa.
- 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.
- 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.
- 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 | USO  |
| 85200018   | Clareamento de Dente desvitalizado.                                     | Quantidade de sessões necessárias para clareamento estão inclusos no procedimento. | RX e Foto Inicial | Dente  | –           | 715  |
| 85200050   | Remoção de corpo estranho intracanal (por conduto).                     | Incluso no Retratoamento.                                                          | RX Inicial/Final  | Dente  | –           | 482  |
| 85200069   | Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico. | Incluso no Retratoamento.                                                          | –                 | –      | –           | 260  |
| 85200093   | Retratamento endodôntico birradicular.                                  | RX final obrigatoriamente com canais dissociados.                                  | RX Inicial/Final  | Dente  | Único       | 1207 |

|          |                                                            |                                                                                                                          |                  |       |       |      |
|----------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|-------|------|
| 85200107 | Retratamento endodôntico multirradicular.                  | RX final obrigatoriamente com canais dissociados.                                                                        | RX Inicial/Final | Dente | Único | 1819 |
| 85200110 | Instrumentação mecanizada.                                 | Será aurtorizada junto com solicitação de Endodontia ou retratamento.                                                    | RX Inicial/Final | Dente | –     | 235  |
| 85200115 | Retratamento endodôntico unirradicular.                    | –                                                                                                                        | RX Inicial/Final | Dente | Único | 814  |
| 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 | 409  |
| 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 | 145  |
| 85200140 | Tratamento endodôntico birradicular.                       | RX final deve comprovar os canais dissociados.                                                                           | RX Inicial/Final | Dente | Único | 848  |
| 85200158 | Tratamento endodôntico multirradicular.                    | RX final deve comprovar os canais dissociados.                                                                           | RX Inicial/Final | Dente | Único | 1234 |
| 85200166 | Tratamento endodôntico unirradicular.                      | –                                                                                                                        | RX Inicial/Final | Dente | Único | 600  |

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 | USO |
| 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       | 694 |
| 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       | 667 |

|          |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |          |          |      |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------|----------|------|
| 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 | 423  |
| 82000336 | Cirurgia odontológica a retalho.                                        | Pacientes maiores de 15 anos. Ver critérios.                                                                                                                                                                                                          | RX Panorâmico ou Levantamento Radiográfico | Segmento | 12 Meses | 429  |
| 82000344 | Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos.                     | –                                                                                                                                                                                                                                                     | –                                          | –        |          | 2956 |
| 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 | 434  |
| 82000557 | Cunha proximal.                                                         | Autorizado somente para terceiros molares. Incluso não ato de Exodontia/cirurgia.                                                                                                                                                                     | Foto Inicial                               | Dente    | Único    | 362  |
| 82000646 | Enxerto conjuntio subepitelial.                                         | Justificativa e informações técnicas no campo de Observações Clínicas (técnica e área doadora) .                                                                                                                                                      | Foto Inicial e Final                       | Segmento | Único    | 1665 |
| 82000662 | Enxerto gengival livre.                                                 | Justificativa e informações técnicas no campo de Observações Clínicas (técnica e área doadora).                                                                                                                                                       | Foto Inicial e Final                       | Segmento | Único    | 1666 |
| 82000689 | Enxerto pediculado.                                                     | Justificativa e informações técnicas no campo de Observações Clínicas (técnica e área doadora).                                                                                                                                                       | Foto Inicial e Final                       | Segmento | Único    | 1665 |
| 82000690 | Cirurgia de enxerto com osso homólogo (banco de ossos) - ato cirúrgico. | –                                                                                                                                                                                                                                                     | –                                          | –        | –        | 6438 |
| 82000921 | Gengivectomia.                                                          | Autorizada na presença de tratamento endodôntico, restaurador ou protético.                                                                                                                                                                           | Foto Inicial                               | Segmento | 12 Meses | 297  |
| 82000948 | Gengivoplastia.                                                         | –                                                                                                                                                                                                                                                     | Foto Inicial e Final                       | Segmento | 12 Meses | 297  |
| 82001049 | Levantamento do seio maxilar com osso autógeno.                         | –                                                                                                                                                                                                                                                     | –                                          | –        | –        | 6438 |
| 82001057 | Levantamento do seio maxilar com osso homólogo.                         | –                                                                                                                                                                                                                                                     | –                                          | –        | –        | 6438 |
| 82001065 | Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado.                      | –                                                                                                                                                                                                                                                     | –                                          | –        | –        | 6438 |
| 82001464 | Sepultamento radicular.                                                 | Justificativa.                                                                                                                                                                                                                                        | RX Inicial                                 | Dente    | Único    | 453  |
| 82001669 | Tratamento odontológico regenerativo com enxerto de osso autógeno.      | –                                                                                                                                                                                                                                                     | –                                          | –        | –        | 4984 |
| 82001685 | Tunelização.                                                            | Indicação de perda óssea (mais de 50%) e furca graus II e III.                                                                                                                                                                                        | RX Inicial                                 | Dente    | 12 Meses | 2335 |
| 85300012 | Dessensibilização dentária.                                             | Autorizado para maiores de 15 anos, justificativa nas Observações clínicas para a Produção.                                                                                                                                                           | Foto Inicial                               | Dente    | 12 Meses | 19   |

|          |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |            |          |      |
|----------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|----------|------|
| 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  | 84   |
| 85300047 | Raspagem supragengival.                    | Incluso na Profilaxia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    | Hemiarcada |          | 72   |
| 85300071 | Tratamento e gengivite necrosante aguda.   | Inclusos a Profilaxia ou Raspagem sub-gengival.                                                                                                                                                                                                                                                                           | Foto Inicial                                       | Boca       | 12 Meses | 1113 |
| 85400270 | Placa oclusal resiliente.                  | Justificativa para a solicitação.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Foto Inicial e Final com a Placa Oclusal Instalada | Boca       | Único    | 1539 |

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 | USO  |
| 00004141       | Coroa elemento metalocerâmica                                            | Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.                                                          | RX Inicial e Final      | Dente   | 60 Meses    | 6497 |
| 00004170       | Coroa 3/4.                                                               | –                                                                                                                           | RX Inicial e Foto Final | Dente   | 60 Meses    | 1125 |
| 00004170       | Coroa 4/5.                                                               | –                                                                                                                           | RX Inicial e Foto Final | Dente   | 60 Meses    | 1125 |
| 00004270       | Encaixe macho/fêmea.                                                     | –                                                                                                                           | –                       | –       | –           | 625  |
| 00004301       | Prótese total personalizada.                                             | –                                                                                                                           | –                       | –       | –           | 7139 |
| 00004360       | Jig ou front plato.                                                      | –                                                                                                                           | –                       | –       | Único       | 238  |
| 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   | –           | 260  |
| 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       | 500  |
| 85400041       | Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório).   | Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.                                                       | Foto Inicial            | AS / AI | Único       | 472  |

|          |                                                              |                                                                                                                                                                |                         |         |          |      |
|----------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------|----------|------|
| 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    | 500  |
| 85400068 | Conserto em prótesetotal (exclusivamente em consultório).    | Necessário informar região da Prótese e qual conserto será realizado.                                                                                          | Foto Inicial            | AS / AI | Único    | 472  |
| 85400076 | Coroa provisória com pino.                                   | Ver critérios.                                                                                                                                                 | RX Inicial e Foto Final | Dente   | 36 Meses | 332  |
| 85400084 | Coroa provisória sem pino.                                   | Ver critérios.                                                                                                                                                 | RX Inicial e Foto Final | Dente   | 36 Meses | 332  |
| 85400092 | Coroa total acrílica prensada.                               | Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.                                                                                             | RX Inicial e Foto Final | Dente   | 60 Meses | 1738 |
| 85400106 | Coroa total em cerâmica pura.                                | Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.                                                                                             | RX Inicial e Foto Final | Dente   | 60 Meses | 5678 |
| 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 | 1579 |
| 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 | 1109 |
| 85400157 | Coroa total metalocerâmica.                                  | Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.                                                                                             | RX Inicial e Final      | Dente   | 60 Meses | 3866 |
| 85400165 | Coroa total metaloplástica – cerômero.                       | Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.                                                                                             | RX Inicial e Foto Final | Dente   | 60 Meses | 2044 |
| 85400173 | Coroa total metaloplástica – resina acrílica.                | Dentes permanentes, não passíveis de reconstrução por meio direto.                                                                                             | RX Inicial e Foto Final | Dente   | 60 Meses | 2044 |
| 85400181 | Faceta em cerâmica pura.                                     | Indicado para Dentes anteriores.                                                                                                                               | Foto Inicial e Final    | Dente   | 60 Meses | 5060 |
| 85400190 | Faceta em cerômero.                                          | Indicado para Dentes anteriores.                                                                                                                               | Foto Inicial e Final    | Dente   | 60 Meses | 1826 |
| 85400203 | Guia cirúrgico para prótese total imediata.                  | –                                                                                                                                                              | –                       |         |          | 7395 |
| 85400211 | Núcleo de preenchimento.                                     | Autorizado somente para Inlay/Onlay.                                                                                                                           | RX Inicial e Final      | Dente   | 60 Meses | 284  |
| 85400220 | Núcleo metálico fundido.                                     | Ver critérios.                                                                                                                                                 | RX Inicial e Final      | Dente   | 60 Meses | 727  |
| 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 | 2170 |
| 85400289 | Prótese fixa adesiva direta (provisória).                    | Solicitação limitada a 4 elementos.                                                                                                                            | RX Inicial e Foto Final | Dente   | 36 Meses | 2073 |
| 85400300 | Prótese fixa adesiva indireta em metalocerâmica.             | Solicitação limitada a 4 elementos.                                                                                                                            | RX Inicial e Final      | Dente   | 60 Meses | 6964 |
| 85400319 | Prótese fixa adesiva indireta em metaloplástica.             | Solicitação limitada a 4 elementos.                                                                                                                            | RX Inicial e Foto Final | Dente   | 60 Meses | 3445 |

|          |                                                                        |                                                                                                                                                                 |                                                   |         |          |      |
|----------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------|----------|------|
| 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 | 3933 |
| 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 | 2044 |
| 85400351 | Prótese parcial fixa in ceran livre de metal (metal free).             | Solicitação limitada a 4 elementos.                                                                                                                             | RX Inicial e Foto Final                           | Dente   | 60 Meses | 8884 |
| 85400360 | Prótese parcial fixa provisória.                                       | Solicitação limitada a 4 elementos.                                                                                                                             | RX Inicial e Foto Final                           | Dente   | 60 Meses | 3809 |
| 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 | 5859 |
| 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 | 5057 |
| 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 | 2015 |
| 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 | 4171 |
| 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 | 3368 |
| 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 | 3718 |
| 85400483 | Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório). | –                                                                                                                                                               | –                                                 | –       | –        | 804  |
| 85400491 | Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório).  | –                                                                                                                                                               | –                                                 | –       | –        | 1523 |
| 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   | –        | 170  |
| 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 | 4165 |
| 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 | 3649 |

|          |                                  |                                                                                                                                                                 |                         |       |          |      |
|----------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------|----------|------|
| 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 | 2174 |
| 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 | 1783 |
| 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 | 1046 |

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 repreparo coroa provisória e 85400092 - Coroa total acrílica prensada(temporária).

| CIRURGIA |              |                     |        |        |             |     |
|----------|--------------|---------------------|--------|--------|-------------|-----|
| TUSS     | NOMENCLATURA | INSTRUÇÕES TÉCNICAS | IMAGEM | REGIÃO | LONGEVIDADE | USO |

|          |                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |                    |          |       |       |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|-------|-------|
| 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 | 212   |
| 00005015 | Exodontia simples de supranumerário.                                                | –                                                                                                                                                                                             | RX Inicial         | Segmento | Única | 135   |
| 00005181 | Remoção de Dentes supranumerários (inclusos ou impactados).                         | –                                                                                                                                                                                             | RX Inicial         | Segmento | Único | 647   |
| 00005450 | Osteotomia e osteoplastia de mandíbula p/ prog- natismo.                            | –                                                                                                                                                                                             | –                  |          | –     | 30220 |
| 00005455 | Artroplastia de ATM.                                                                | –                                                                                                                                                                                             | –                  | –        | –     | 30220 |
| 00005460 | Osteotomia e osteoplastia de mandíbula p/ micrognatismo.                            | –                                                                                                                                                                                             | –                  | –        | –     | 30220 |
| 00005470 | Osteotomia e osteoplastia de mandíbula p/ laterognatismo.                           | –                                                                                                                                                                                             | –                  | –        | –     | 30220 |
| 00005475 | Mentoplastia                                                                        | –                                                                                                                                                                                             | –                  | –        | –     | 30220 |
| 00005480 | Osteotomia/osteoplastia maxila tipo LE fort I                                       | –                                                                                                                                                                                             | –                  | –        | –     | 30220 |
| 00005490 | Osteotomia/osteoplastia maxila tipo LE fort II                                      | –                                                                                                                                                                                             | –                  | –        | –     | 36146 |
| 00005500 | Osteotomia/osteoplastia maxila tipo LE fort III                                     | –                                                                                                                                                                                             | –                  | –        | –     | 46857 |
| 00005530 | Sulcoplastia p/arcada c/remoção de hiperplasia / re- construção sulco gengivolabial | –                                                                                                                                                                                             | –                  | –        | –     | 859   |
| 00005830 | Correção de brida muscular                                                          | –                                                                                                                                                                                             | –                  | –        | –     | 320   |
| 00005840 | Alveolotomia (por Hemiarcada).                                                      | Incluso na Exodontia/cirurgia.                                                                                                                                                                | –                  | –        | –     | 311   |
| 00005850 | Cirurgia para correção de tuberosidade.                                             | Justificativa Clínica.                                                                                                                                                                        | RX Inicial         | AS / AI  | Único | 501   |
| 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 | 337   |
| 82000034 | Alveoloplastia.                                                                     | Incluso no procedimento de Exodontia/cirurgia.                                                                                                                                                | –                  | –        | –     | 332   |
| 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 | 820   |
| 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 | 703   |

|                 |                                                        |                                                                                                                                                         |                                                         |          |       |      |
|-----------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------|-------|------|
| <b>82000158</b> | 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 | 1076 |
| <b>82000166</b> | 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 | 894  |
| <b>82000174</b> | 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 | 673  |
| <b>82000182</b> | 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 | 610  |
| <b>82000190</b> | Aprofundamento / aumento de vestibulo.                 | Procedimento pré-protético.                                                                                                                             | RX Inicial                                              | AS / AI  |       | 394  |
| <b>82000239</b> | Biópsia de Boca.                                       | Justificativa Clínica.                                                                                                                                  | Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomapopatológico) | Boca     | Único | 326  |
| <b>82000247</b> | Biópsia de glândula salivar.                           | Justificativa Clínica.                                                                                                                                  | Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomapopatológico) | Boca     | Único | 326  |
| <b>82000255</b> | Biópsia de lábio.                                      | Justificativa Clínica.                                                                                                                                  | Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomapopatológico) | Boca     | Único | 326  |
| <b>82000263</b> | Biópsia de língua.                                     | Justificativa Clínica.                                                                                                                                  | Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomapopatológico) | Boca     | Único | 326  |
| <b>82000271</b> | Biópsia de mandíbula.                                  | Justificativa Clínica.                                                                                                                                  | Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomapopatológico) | Boca     | Único | 326  |
| <b>82000280</b> | Biópsia de maxila.                                     | Justificativa Clínica.                                                                                                                                  | Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomapopatológico) | Boca     | Único | 326  |
| <b>82000298</b> | Bridectomia.                                           | Justificativa Clínica.                                                                                                                                  | Foto Inicial                                            | Segmento | Único | 288  |
| <b>82000301</b> | Bridotomia.                                            | Justificativa Clínica.                                                                                                                                  | Foto Inicial                                            | Segmento | Único | 288  |
| <b>82000352</b> | Cirurgia para exostose maxilar.                        | Justificativa Clínica.                                                                                                                                  | Foto Inicial                                            | Segmento | Único | 436  |
| <b>82000360</b> | Cirurgia para tórus mandibular - bilateral.            | Justificativa Clínica.                                                                                                                                  | Foto Inicial                                            | AS / AI  | Único | 786  |

|          |                                                                               |                                                                                                                          |                                                         |          |       |      |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------|-------|------|
| 82000387 | Cirurgia para tórus mandibular - unilateral.                                  | Justificativa Clínica.                                                                                                   | Foto Inicial                                            | AS / AI  | Único | 446  |
| 82000395 | Cirurgia para tórus palatino.                                                 | Justificativa Clínica.                                                                                                   | Foto Inicial                                            | Segmento | Único | 436  |
| 82000441 | Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região bucomaxilofacial. | Justificativa Clínica.                                                                                                   | Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomapopatológico) | Boca     | Único | 320  |
| 82000581 | Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua.                                   | –                                                                                                                        | –                                                       | –        | –     | 6145 |
| 82000603 | Enxerto com osso autógeno do mento.                                           | –                                                                                                                        | –                                                       | –        | –     | 6145 |
| 82000743 | Exérese de lipoma na região bucomaxilofacial.                                 | Justificativa Clínica.                                                                                                   | Foto Inicial                                            | AS / AI  | Único | 320  |
| 82000778 | Exérese ou excisão de cálculo salivar.                                        | Informar a região.                                                                                                       | Foto Inicial                                            | AS / AI  | Único | 373  |
| 82000786 | Exérese ou excisão de cistos odontológicos.                                   | Justificativa Clínica.                                                                                                   | RX Panorâmico                                           | Dente    | Único | 654  |
| 82000794 | Exérese ou excisão de mucocele.                                               | Informar a região.                                                                                                       | Foto Inicial                                            | AS / AI  | Único | 489  |
| 82000808 | Exérese ou excisão de rânula.                                                 | Informar a região.                                                                                                       | Foto Inicial                                            | AS / AI  | Único | 592  |
| 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 | 225  |
| 82000832 | Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética.                  | Anexar carta do Ortodontista.                                                                                            | Não                                                     | Dente    | Única | 204  |
| 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 | 211  |
| 82000883 | Frenulectomia labial.                                                         | Justificativa Clínica.                                                                                                   | Segmento                                                | Segmento | Único | 453  |
| 82000891 | Frenulectomia lingual.                                                        | Justificativa Clínica.                                                                                                   | Foto Inicial                                            | Segmento | Único | 288  |
| 82000905 | Frenulotomia labial.                                                          | Justificativa Clínica.                                                                                                   | Foto Inicial                                            | Segmento | Único | 426  |
| 82000913 | Frenulotomia lingual.                                                         | Justificativa Clínica.                                                                                                   | Foto Inicial                                            | Segmento | Único | 288  |
| 82001103 | Punção aspirativa na região bucomaxilofacial.                                 | Justificativa Clínica.                                                                                                   | Foto Inicial e Laudo Laboratorial (Anatomapopatológico) | Boca     | –     | 320  |
| 82001120 | Punção aspirativa orientada por imagem na região bucomaxilofacial.            | –                                                                                                                        | –                                                       | –        | –     | 331  |
| 82001154 | Reconstrução sulco gengivolabial.                                             | Procedimento pré-protético.                                                                                              | RX Inicial                                              | AS / AI  |       | 394  |
| 82001170 | Redução cruenta de fraturas alveolodentárias.                                 | Justificativa Clínica.                                                                                                   | RX Inicial                                              | AS / AI  | Único | 853  |
| 82001189 | Redução incruenta de fraturas alveolodentárias.                               | Justificativa Clínica.                                                                                                   | RX Inicial                                              | AS / AI  | Único | 423  |

|                 |                                                                                                         |                                                                                                      |                    |            |       |      |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|-------|------|
| <b>82001219</b> | Reeducação e/ou reabilitação de distúrbio bucomaxilofacial.                                             | –                                                                                                    | –                  | –          | –     | 557  |
| <b>82001286</b> | Remoção de Dentes inclusos/impactados.                                                                  | –                                                                                                    | RX Panorâmico      | Dente      | Único | 897  |
| <b>82001294</b> | Remoção de Dentes semi-inclusos/impactados.                                                             | –                                                                                                    | RX Panorâmico      | Dente      | Único | 566  |
| <b>82001367</b> | Remoção de odontoma.                                                                                    | Justificativa Clínica.                                                                               | RX Inicial         | Segmento   | Único | 429  |
| <b>82001391</b> | Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal.                                                       | Justificativa Clínica.                                                                               | RX Inicial e Final | Dente      | Único | 788  |
| <b>82001413</b> | Retirada de corpo estranho sub-cutâneo ou sub-mucoso região bucomaxilofacial.                           | Justificativa Clínica.                                                                               | RX Inicial e Final | AS / AI    | –     | 788  |
| <b>82001430</b> | Retirada dos meios de fixação da região bucomaxilofacial.                                               | –                                                                                                    | –                  | –          | –     | 2955 |
| <b>82001448</b> | Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em odontologia.                                         | –                                                                                                    | –                  | –          | –     | 1486 |
| <b>82001502</b> | Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica.                                                     | Justificativa Clínica                                                                                | RX Inicial         | Segmento   | Único | 2600 |
| <b>82001510</b> | Tratamento cirúrgico de fístula buconasais.                                                             | Justificativa Clínica.                                                                               | RX Panorâmico      | AS / AI    | Único | 1097 |
| <b>82001529</b> | Tratamento cirúrgico de fístula bucossinusais.                                                          | Justificativa Clínica.                                                                               | RX Panorâmico      | AS / AI    | Único | 1097 |
| <b>82001545</b> | Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco- maxilofacial.                              | Justificativa Clínica.                                                                               | RX Inicial         | Hemiarcada |       | 305  |
| <b>82001553</b> | Tratamento cirúrgico de hiperplasia de tecidos moles da região bucomaxilofacial.                        | Justificativa Clínica.                                                                               | Foto Inicial       | Boca       | Único | 447  |
| <b>82001588</b> | Tratamento cirúrgico de hiperplasia de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial.        | Justificativa Clínica.                                                                               | RX Inicial         | Boca       | Único | 664  |
| <b>82001596</b> | Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilaginosos na região bucomaxilofacial.  | Justificativa Clínica.                                                                               | RX Inicial         | Boca       | Único | 704  |
| <b>82001618</b> | Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles da região bucomaxilofacial.                   | Justificativa Clínica.                                                                               | Foto Inicial       | Boca       | Único | 447  |
| <b>82001634</b> | Tratamento cirúrgico para tumores benignos odontogênicos - sem reconstrução.                            | Justificativa Clínica.                                                                               | RX Panorâmico      | AS / AI    | Único | 780  |
| <b>82001707</b> | Ulectomia.                                                                                              | Indicação para Dentes em fase de erupção com hipertofia muco- gengival. Não remunerado com 82001715. | Foto Inicial       | Dente      | Único | 195  |
| <b>82001715</b> | Ulotomia.                                                                                               | Indicação para Dentes em fase de erupção com hipertrofia gengival. Não remunerado com 82001707.      | Foto Inicial       | Dente      | Único | 145  |
| <b>87000164</b> | Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia. | –                                                                                                    | –                  | –          | –     | 1486 |

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 | USO  |
| 86000098                                      | Aparelho ortodôntico fixo metálico.       | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 453  |
| 86000144                                      | Arco lingual.                             | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 918  |
| 86000152                                      | Barra traspalatina fixa                   | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 918  |
| 86000160                                      | Barra traspalatina removível.             | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 798  |
| 86000187                                      | Bloco germinado de Clarck - Twinblock.    | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 279  |
| 86000195                                      | Botão de Nance.                           | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 918  |
| 86000209                                      | Contenção fixa - por arcada.              | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 794  |
| 86000250                                      | Distalizador de Hilgers.                  | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 160  |
| 86000306                                      | Gianelly.                                 | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 386  |
| 86000314                                      | Grade palatina fixa.                      | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 918  |
| 86000322                                      | Grade palatina removível.                 | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 798  |
| 86000330                                      | Herpst encapsulado.                       | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 1652 |
| 86000462                                      | Placa de hawley.                          | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 1380 |
| 86000470                                      | Placa de hawley com torno expensor.       | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 1361 |
| 86000535                                      | Placa lábio ativa.                        | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 918  |
| 86000560                                      | Quadrielice.                              | Ortodontia interceptativa. | –      | –      | –           | 798  |
| TRATAMENTO ORTOPÉDICO FUNCIONAL DOS MAXILARES |                                           |                            |        |        |             |      |
| TUSS                                          | NOMENCLATURA                              | INSTRUÇÕES TÉCNICAS        | IMAGEM | REGIÃO | LONGEVIDADE | USO  |
| 00008500                                      | Aparelho ortopédico funcional.            | –                          | –      | –      | –           | 670  |
| 00008510                                      | Manutenção aparelho ortopédico funcional. | –                          | –      | –      | –           | 761  |

| 00008520                        | Tratamento ortopédico funcional (36 meses).                            | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 728   |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------|-------------|-------|
| 00008530                        | Monitoramento ortopédico funcional.                                    | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 464   |
| 00008540                        | Pista direta plana.                                                    | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 2019  |
| 00008550                        | Conserto aparelho ortopédico funcional.                                | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 862   |
| 00008560                        | Montagem em gnatostato (modelo de estudo - par montado em gnatostato). | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 684   |
| 86000551                        | Plano inclinado.                                                       | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 1265  |
| DTM                             |                                                                        |                                                                                                                                         |                                                    |        |             |       |
| TUSS                            | NOMENCLATURA                                                           | INSTRUÇÕES TÉCNICAS                                                                                                                     | IMAGEM                                             | REGIÃO | LONGEVIDADE | USO   |
| 85400246                        | Órtese miorreloxante.                                                  | Justificativa clínica para solicitação                                                                                                  | Foto Inicial e Final com a Placa Oclusal Instalada | Boca   | Único       | 1448  |
| 85400254                        | Órtese reposicionadora.                                                | Justificativa clínica para solicitação                                                                                                  | Foto Inicial e Final com a Placa Oclusal Instalada | Boca   | Único       | 1448  |
| 86000595                        | Artroscopia de ATM.                                                    | Sessão.                                                                                                                                 | –                                                  | –      | –           | 3498  |
| 86000596                        | Dispositivo reposicionador.                                            | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 2390  |
| 86000597                        | Dispositivo descompressor.                                             | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 2390  |
| 86000598                        | Infiltração anestésica.                                                | Sessão.                                                                                                                                 | –                                                  | –      | –           | 2390  |
| 86000599                        | Infiltração medicamentosa.                                             | Sessão.                                                                                                                                 | –                                                  | –      | –           | 2390  |
| 86000600                        | Eletromiografia.                                                       | Sessão.                                                                                                                                 | –                                                  | –      | –           | 2332  |
| 86000601                        | Manutenção de dispositivo interoclusal.                                | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 479   |
| 86000602                        | Tratamento de DTM - acupuntura - sessão.                               | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 479   |
| IMPLANTE/PRÓTESE SOBRE IMPLANTE |                                                                        |                                                                                                                                         |                                                    |        |             |       |
| TUSS                            | NOMENCLATURA                                                           | INSTRUÇÕES TÉCNICAS                                                                                                                     | IMAGEM                                             | REGIÃO | LONGEVIDADE | USO   |
| 00003145                        | Supervisão cirúrgica de implante.                                      | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 358   |
| 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. | –                                                  | –      | –           | 14086 |
| 00004189                        | Cicatrizador (paralelo ou divergente).                                 | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 487   |
| 00004190                        | Intermediário protético cônico (para implantes).                       | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 2058  |
| 00004191                        | Intermediário protético cônico angulado.                               | –                                                                                                                                       | –                                                  | –      | –           | 2285  |

|                 |                                                                  |                                                                                                                                                         |   |   |       |      |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-------|------|
| <b>00004192</b> | Intermediário (munhão) standard sobre implante.                  | Quando o procedimento for coberto estará incluso no procedi- mento 82000980 – Implante ósseo integrado.                                                 | – | – | –     | 1830 |
| <b>00004193</b> | Análogo ou réplica do implante nacional.                         | Quando o procedimento for coberto estará incluso no procedi- mento 82000980 – Implante ósseo integrado.                                                 | – | – | –     | 452  |
| <b>00004194</b> | Transfer moldeira fechada ou aberta.                             | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 929  |
| <b>00004195</b> | Parafuso de cobertura.                                           | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 179  |
| <b>00004196</b> | Parafuso de trabalho assentamento passivo.                       | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 290  |
| <b>4197</b>     | Parafuso para enxerto.                                           | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 588  |
| <b>4198</b>     | Parafuso sextavado.                                              | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 283  |
| <b>4199</b>     | Parafuso sextavado (II plus ou similar).                         | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 293  |
| <b>5001</b>     | Parafuso sextavado (II plus neotorque ou similar).               | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 472  |
| <b>5002</b>     | Paralelizador.                                                   | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 521  |
| <b>5003</b>     | Ucla calcinável.                                                 | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 290  |
| <b>5004</b>     | Ucla em cromo e cobalto.                                         | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 1009 |
| <b>5005</b>     | Ucla em titânio.                                                 | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 737  |
| <b>5006</b>     | Coroa provisória sobre implante.                                 | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 1674 |
| <b>82000964</b> | Implante ortodôntico (mini-implante ortodôntico para ancoragem). | Cilindro poderá ser cobrado a parte.                                                                                                                    | – | – | –     | 1286 |
| <b>82000980</b> | Implante ósseo integrado - ato cirúrgico.                        | Cilindro poderá ser cobrado a parte.                                                                                                                    | – | – | –     | 4709 |
| <b>82001138</b> | 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. | – | – | –     | 598  |
| <b>85400122</b> | Coroa total livre de metal(metalfree) sobre implante - cerâmica. | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 8410 |
| <b>85400297</b> | Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free).    | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 2802 |
| <b>85500020</b> | Coroa provisória sobre implante com carga imediata.              | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 2008 |
| <b>85500038</b> | Coroa total metalocerâmica sobre implante.                       | –                                                                                                                                                       | – | – | –     | 6973 |
| <b>85500062</b> | Guia cirúrgico para implante.                                    | –                                                                                                                                                       | – | – | Único | 2581 |

|               |                                                                           |                                                                                |        |        |             |       |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------------|-------|
| 85500089      | Manutenção de prótese sobre implantes.                                    | –                                                                              | –      | –      |             | 1211  |
| 85500097      | Overdenture barra clipe ou o’ring sobre dois implantes.                   | Já está prevista a cobertura da prótese total, contemplando os intermediários. | –      | –      | –           | 19913 |
| 85500143      | Protocolo Branemark em carga imediata para 4 implantes - parte protética. | –                                                                              | –      | –      | –           | 33471 |
| 85500151      | Protocolo Branemark em carga imediata para 5 implantes - parte protética. | –                                                                              | –      | –      | –           | 48660 |
| 85500160      | Protocolo Branemark para 4 implantes - parte protética.                   | –                                                                              | –      | –      | –           | 32655 |
| 85500178      | Protocolo Branemark para 5 implantes - parte protética.                   | –                                                                              | –      | –      | –           | 32655 |
| 85500186      | Protocolo Branemark provisório para 4 implantes.                          | –                                                                              | –      | –      | –           | 16752 |
| 85500194      | Protocolo Branemark provisório para 5 implantes.                          | –                                                                              | –      | –      | –           | 19171 |
| ORTOUNIPLAN A |                                                                           |                                                                                |        |        |             |       |
| TUSS          | NOMENCLATURA                                                              | INSTRUÇÕES TÉCNICAS                                                            | IMAGEM | REGIÃO | LONGEVIDADE | USO   |
| 00006220      | Contenção móvel (superior ou inferior) ou aparelhos móveis simples.       | Em casos cobertos, já incluso nas manutenções.                                 | –      | –      | –           | 2100  |
| 00006225      | Tratamento ortodôntico parcial.                                           | Instalação de aparelho parciais.                                               | –      | –      | –           | 3427  |
| 00006226      | Manutenção tratamento ortodôntico parcial.                                | –                                                                              | –      | –      | –           | 447   |
| 00006229      | Manutenção ortodôntica.                                                   | –                                                                              | –      | –      | –           | 795   |
| 00006231      | Tratamento ortodôntico corretivo I.                                       | –                                                                              | –      | –      | –           | 5738  |
| 00006236      | Tratamento ortodôntico corretivo II.                                      | –                                                                              | –      | –      | –           | 7786  |
| 00006239      | Dispositivos auxiliares.                                                  | Utilização de aparelhos auxiliares em tratamentos ortodonticos.                | –      | –      | –           | 3257  |
| 00006245      | Conserto de aparelho móvel.                                               | –                                                                              | –      | –      | –           | 1577  |
| 00006257      | Reposição braquetes ou bandas.                                            | –                                                                              | –      | –      | –           | 96    |
| 00006258      | Esplintagem com braquetes ortodônticos.                                   | –                                                                              | –      | –      | –           | 2087  |
| 00006288      | Contenção anteroinferior 3x3.                                             | Em caso de cobertura, está incluso na última manutenção                        | –      | –      | –           | 825   |

|               |                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                 |        |             |      |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------|-------------|------|
| 86000357      | Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo                                                                                                                  | –                                                                              | –                                                               | –      | –           | 576  |
| 86000373      | Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho móvel.                                                                                                                | –                                                                              | –                                                               | –      | –           | 359  |
| ORTOUNIPLAN B |                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                 |        |             |      |
| TUSS          | NOMENCLATURA                                                                                                                                                        | INSTRUÇÕES TÉCNICAS                                                            | IMAGEM                                                          | REGIÃO | LONGEVIDADE | USO  |
| 00008312      | 12 meses.                                                                                                                                                           | –                                                                              | –                                                               | –      | –           | 2057 |
| 00008318      | 18 meses.                                                                                                                                                           | –                                                                              | –                                                               | –      | –           | 1372 |
| 00008324      | 24 meses.                                                                                                                                                           | –                                                                              | –                                                               | –      | –           | 1029 |
| 00008336      | 36 meses.                                                                                                                                                           | –                                                                              | –                                                               | –      | –           | 685  |
| ORTOUNIPLAN E |                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                 |        |             |      |
| TUSS          | NOMENCLATURA                                                                                                                                                        | INSTRUÇÕES TÉCNICAS                                                            | IMAGEM                                                          | REGIÃO | LONGEVIDADE | USO  |
| 00006150      | Ortouniplan E.                                                                                                                                                      | Tratamento coberto, 36 parcelas.                                               | –                                                               | –      | –           | 576  |
| ORTOUNIPLAN   |                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                                                 |        |             |      |
| TUSS          | NOMENCLATURA                                                                                                                                                        | INSTRUÇÕES TÉCNICAS                                                            | IMAGEM                                                          | REGIÃO | LONGEVIDADE | USO  |
| 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       | 562  |
| 00007310      | Manutenção ortodôntica - Ortouniplan.                                                                                                                               | Pacote de 36 parcelas, todo tratamento incluso, inclusive contenção posterior. | –                                                               | –      | –           | 576  |