TABELA DE PROCEDIMENTOS SÃO FRANCISCO ODONTOLOGIA

Vigência a partir de 17/01/2019

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	Coberturas por Plano										
							DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
81000065	Consulta Odontológica Inicial	65	Exame clínico, plano de tratamento e radiografias iniciais (exceto radiografias em Clínicas Radiológicas). O valor da US já inclui também a execução dos códigos 81000057, 81000049, 85300080, 85100056, 82000468, 82000484, 82001650, 85200034, 85100048, 82001022, 8200130, 82001251, 85000787, 85300020, 84000244, 84000228, 84000236 e 84000252.	6			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000073	Consulta Odontológica para Avaliação Técnica de Auditoria	25	Código somente será autorizado por orientação/ autorização da São Francisco Odontologia	0			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000111	Diagnóstico Anatomopatológico em Citologia Esfoliativa na Região Buco-Maxilo-Facial	79	Liberado somente para tecido obtido por biópsia incisional ou excisional.	12			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000138	Diagnóstico Anatomopatológico em Material de Biópsia na Região Buco-Maxilo-Facial	79	Liberado somente para tecido obtido por biópsia incisional ou excisional.	12			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000154	Diagnóstico Anatomopatológico em Peça Cirúrgica na Região Buco-Maxilo-Facial	79	Liberado somente para tecido obtido por biópsia incisional ou excisional.	12			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000170	Diagnóstico Anatomopatológico em Punção na Região Buco-Maxilo-Facial	79	Liberado somente para tecido obtido por biópsia incisional ou excisional.	12			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000014	Condicionamento em Odontologia	65	Cobertura de 03 (três) sessões/ano para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.**	12			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
84000228	Teste de capacidade tampão da saliva	51	Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: indicação e resultado da análise.	12				x	x	x	x	x	x				
84000236	Teste de contagem microbiológica	51	Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: indicação e resultado da análise.	12				x	x	x	x	x	x				
84000252	Teste de PH da saliva	51	Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: indicação e resultado da análise.	12			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	65	Cobertura de 03 (três) sessões/ano para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.**	12				x	x	x	x	x	x	x			x
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	65	Cobertura de 03 (três) sessões/ano para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.**	12				x	x	x	x	x	x	x			x
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especias em odontologia	65	Cobertura de 03 (três) sessões/ano para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.**	12				x	x	x	x	x	x	x			x
81000189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	65	Não é pago com os códigos 81000065 e 81000030.	12				x	x	x	x	x	x	x			
81000197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	65	Liberado somente para tecido obtido por biópsia incisional ou excisional.	12		Imagem (foto) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x	x		
81000200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	65	Liberado somente para tecido obtido por biópsia incisional ou excisional.	12				x	x	x	x	x	x	x	x		
81000219	Diagnóstico e tratamento de halitose	65	Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada.	12				x	x	x	x	x	x	x	x		
81000235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	65	Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada.	12				x	x	x	x	x	x	x	x		
81000243	Diagnóstico por meio de enceramento	65		12		Imagem (foto) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x	x		
81000260	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais	79	Liberado somente para tecido obtido por biópsia incisional ou excisional.	12				x	x	x	x	x	x	x	x		
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	79	Liberado somente para tecido obtido por biópsia incisional ou excisional. Restrito a especialidade de cirurgia ou semiologia. Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: local, descrição da lesão (tamanho, cor e localização), hipótese diagnóstica e técnica utilizada.	12			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	51	Não é pago com os códigos 81000065, 85200506 e 81000030.	12		Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			
84000244	Teste de Fluxo Salivar	51	Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: indicação e resultado da análise.	12			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000090	Consulta para Técnica de Clareamento Dentário Caseiro	65	Não é pago com os códigos 81000065 e 81000030. A consulta para técnica de clareamento caseiro deve ser informada junto a placa de acetato para clareamento caseiro. Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: cor inicial dos dentes, cor obtida após tratamento e material empregado. Este código deve ser inserido na GTO somente após a finalização do clareamento e inclui todas as sessões necessárias. Enviar Termo de Orientação e Ciência assinado pelo beneficiário sobre os cuidados pós tratamento.	36								x	x			x	

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	Coberturas por Plano										
							DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
81000049	Consulta Odontológica de Urgência	68	Destinado aos casos de Odontalgia Aguda.	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000057	Consulta Odontológica de Urgência 24 horas	30	Incluir código quando o atendimento emergencial for sábados, domingos e feriados e dias úteis das 22h00 às 6h00.	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

RADIOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	Coberturas por Plano										
							DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
81000278	Fotografia	12	Somente serão pagas quando enviadas as fotografias físicas.	0	RIS/RCSD/RPSD/ RMSD/RCSE/RPSE/RMSE/RII/RCID/RPID/RMID/RCIE/RPIE/RMIE			x	x	x	x	x	x	x			
81000421	Radiografia Periapical	12	RX centralizado (s), angulação, nitidez e revelação adequados.	0	RIS/RCSD/RPSD/ RMSD/RCSE/RPSE/RMSE/RII/RCID/RPID/RMID/RCIE/RPIE/RMIE		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000375	Radiografia Interproximal - bite-wing	12	RX centralizado (s), angulação, nitidez e revelação adequados.	0	RMPE/RMPD		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000383	Radiografia Oclusal	29	RX centralizado (s), angulação, nitidez e revelação adequados.	0	AS/AI		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000456	Slide	12	Somente serão pagos quando enviadaos os slides físicos.	0	RIS/RCSD/RPSD/ RMSD/RCSE/RPSE/RMSE/RII/RCID/RPID/RMID/RCIE/RPIE/RMIE			x	x	x	x	x	x	x			

RADIOLOGIA ESPECIALIZADA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	Coberturas por Plano										
							DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	180	Não é pago com os códigos 81000421 e 81000375.	24			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	145		6				x	x	x	x	x	x				
81000405	Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (ortopantomografia)	115		6			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81000001	Documentação ortodôntica simplificada: 81000405 - Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) 81000537 - Traçado cefalométrico (02 traçados) 81000472 - Telerradiografia 81000308 - Modelos ortodônticos	225	Não é pago com os códigos 81000405, 81000537, 81000472, 81000308.	24							x		x				

81000002	Documentação ortodôntica básica: 81000405 - Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) 81000537 - Traçado cefalométrico (02 traçados) 81000472 - Telerradiografia 81000308 - Modelos ortodônticos 81000278 - Fotografia (05 fotografias)	285	Não é pago com os códigos 81000405, 81000537, 81000472, 81000308, 81000278.	24					x		x		x				x
81000003	Documentação ortodôntica completa: 81000405 - Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) 81000537 - Traçado cefalométrico (03 traçados) 81000472 - Telerradiografia 81000308 - Modelos ortodônticos 81000278 - Fotografia (08 fotografias)	310	Não é pago com os códigos 81000405, 81000537, 81000472, 81000308, 81000278.	24							x		x				
81000004	Documentação ortopédica: 81000405 - Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) 81000537 - Traçado cefalométrico (02 traçados) 81000472 - Telerradiografia 81000308 - Modelos ortodônticos (02 modelos com análise) 81000367 - Radiografia da mão e punho - carpal	320	Não é pago com os códigos 81000405, 81000537, 81000472, 81000308, 81000367.	24							x		x				
81000005	Documentação ortodôntica especial: 81000405 - Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) 81000537 - Traçado Cefalométrico (03 traçados) 81000472 - Telerradiografia 81000308 - Modelos ortodônticos 81000278 - Fotografia (08 fotografias) 81000421 - Radiografia periapical 81000375 - Radiografia interproximal - bite-wing (Estudo do espaço naso-faríngeo e Previsão de erupção dos 3º molares)	330	Não é pago com os códigos 81000405, 81000537, 81000472, 81000308, 81000278, 81000421, 81000375.	24							x		x				
81000308	Modelos ortodônticos	140		24							x		x				
81000324	Radiografia antero-posterior	123		24							x		x	x			
81000340	Radiografia da ATM	141		24							x	x	x	x			
81000367	Radiografia da mão e punho - carpal	123		24							x	x	x	x			x
81000430	Radiografia póstero-anterior	123		24							x		x	x			
81000472	Telerradiografia	123		24							x	x	x	x			
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico	150		24							x	x	x	x			
81000510	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam	420		24							x		x	x			
81000529	Tomografia convencional – linear ou multi-direcional	420		24							x		x				
81000537	Traçado Cefalométrico	35		24							x		x				
81000570	Técnica de Localização Radiográfica	35		24								x		x			
81000006	Documentação Periodontal	240	Não é pago com os códigos 81000413, 81000294, 81000308, 81000278, 81000375.	12							x	x	x				

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

							Coberturas por Plano										
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	42	Não é pago com os códigos 84000139, 87000016 e 84000163.	6				x	x	x	x	x	x	x			
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	42	Não é pago com os códigos 84000139, 87000024 e 84000163.	6			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
84000171	Controle de cárie incipiente	37	Não é pago com as restaurações em ionômero de vidro, resina fotopolimerizável e amálgama.	6	HASD/HASE/HAID/HAIE			x	x	x	x	x	x	x			x
85100234	Tratamento de fluorose - microabrasão	37	Não é pago com os códigos 85300012, 84000201.	6	AS/AI	Imagem (foto) inicial		x	x	x	x	x	x				x
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	37	Pago para Mancha Branca Ativa, por no máximo 3 sessões, independente do número de dentes envolvidos, desde que realizadas em datas distintas. Não é pago junto com os códigos 84000031, 84000090, 84000201, 85300012.	6		Imagem (foto) inicial	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
84000198	Profilaxia: polimento coronário	88	Inclui os procedimentos Aplicação Tópica de Flúor, Atividade Educativa e Controle de Biofilme. Não é pago com os códigos 81000030, 81000065, 87000024, 87000016.	6			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
84000074	Aplicação de Selante de Fóssulas e Fissuras	20	Indicado para pacientes até 15 anos.	18	DENTE		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
84000058	Aplicação de Selante - técnica invasiva	20	Indicado para pacientes até 15 anos.	18	DENTE		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

DENTÍSTICA

							Coberturas por Plano										
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
84000031	Aplicação de Cariostático	40	Até 6 anos. (QUATRO HEMI-ARCOS).	6	AS/AI		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85300055	Remoção dos Fatores de Retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	20	Para irregularidades do acabamento cervical de restaurações que constituem fatores de retenção de placa bacteriana; avaliar previamente a indicação da troca da restauração.	12	AS/AI	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100137	Restauração em Ionômero de Vidro - 1 face	58	Indicado em dentes decíduos, com comprovação de alta atividade e risco de cárie.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100145	Restauração em Ionômero de Vidro - 2 faces	58	Indicado em dentes decíduos, com comprovação de alta atividade e risco de cárie.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100153	Restauração em Ionômero de Vidro - 3 faces	58	Indicado em dentes decíduos, com comprovação de alta atividade e risco de cárie.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100161	Restauração em Ionômero de Vidro - 4 faces	58	Indicado em dentes decíduos, com comprovação de alta atividade e risco de cárie.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100099	Restauração de Amálgama - 1 face	58	Não prevê cobertura para: manchas em sulcos oriundos de selamento biológico; substituição de amálgama por resina ou resina manchada com finalidade estética; restauração cervical: com retração gengival menor que 4mm ou cavidades rasas. Serão avaliados: indicação, ponto de contato, adaptação (excesso ou falta de material) e anatomia dental. Incluir remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100102	Restauração de Amálgama - 2 faces	72	Não prevê cobertura para: manchas em sulcos oriundos de selamento biológico; substituição de amálgama por resina ou resina manchada com finalidade estética; restauração cervical: com retração gengival menor que 4mm ou cavidades rasas. Serão avaliados: indicação, ponto de contato, adaptação (excesso ou falta de material) e anatomia dental. Incluir remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100110	Restauração de Amálgama - 3 faces	83	Não prevê cobertura para: manchas em sulcos oriundos de selamento biológico; substituição de amálgama por resina ou resina manchada com finalidade estética; restauração cervical: com retração gengival menor que 4mm ou cavidades rasas. Serão avaliados: indicação, ponto de contato, adaptação (excesso ou falta de material) e anatomia dental. Incluir remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100129	Restauração de Amálgama - 4 faces	83	Não prevê cobertura para: manchas em sulcos oriundos de selamento biológico; substituição de amálgama por resina ou resina manchada com finalidade estética; restauração cervical: com retração gengival menor que 4mm ou cavidades rasas. Serão avaliados: indicação, ponto de contato, adaptação (excesso ou falta de material) e anatomia dental. Incluir remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100196	Restauração em Resina Fotopolimerizável 1 face	69	Não prevê cobertura para: manchas em sulcos oriundos de selamento biológico; substituição de amálgama por resina ou resina manchada com finalidade estética; restauração cervical: com retração gengival menor que 4mm ou cavidades rasas. Serão avaliados: indicação, ponto de contato, adaptação (excesso ou falta de material) e anatomia dental. Incluir remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100200	Restauração em Resina Fotopolimerizável 2 faces	105	Não prevê cobertura para: manchas em sulcos oriundos de selamento biológico; substituição de amálgama por resina ou resina manchada com finalidade estética; restauração cervical: com retração gengival menor que 4mm ou cavidades rasas. Serão avaliados: indicação, ponto de contato, adaptação (excesso ou falta de material) e anatomia dental. Incluir remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

85100218	Restauração em Resina Fotopolimerizável 3 faces	110	Não prevê cobertura para: manchas em sulcos oriundos de selamento biológico; substituição de amálgama por resina ou resina manchada com finalidade estética; restauração cervical: com retração gengival menor que 4mm ou cavidades rasas. Serão avaliados: indicação, ponto de contato, adaptação (excesso ou falta de material) e anatomia dental. Incluir remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100226	Restauração em Resina Fotopolimerizável 4 faces	115	Não prevê cobertura para: manchas em sulcos oriundos de selamento biológico; substituição de amálgama por resina ou resina manchada com finalidade estética; restauração cervical: com retração gengival menor que 4mm ou cavidades rasas. Serão avaliados: indicação, ponto de contato, adaptação (excesso ou falta de material) e anatomia dental. Incluir remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85400211	Núcleo de Preenchimento	75	Consiste na reconstrução de dentes seriamente comprometidos pelo processo carioso, antes da confecção de uma restauração definitiva.	24	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100064	Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável	133	Em resina fotoativa, sem confecção laboratorial.	24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85400017	Ajuste Oclusal por Acréscimo	70	Autorizado mediante justificativa.	12	AS/AI	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85400025	Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo	70	Consiste em realizar pequenos desgastes seletivos visando a obtenção de harmonia oclusal, necessária comprovação de espessamento da lâmina dura (por SESSÃO).Autorizado mediante justificativa.	12	AS/AI	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100080	Restauração atraumática em dente permanente	58		24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			x
85200085	Restauração Temporária / Tratamento Expectante	20	Utilizar quando não houver manipulação dos condutos na emergência. Imagem inicial: dente posterior com ou sem restauração e com necessidade de intervenção por cárie ou fratura.	6	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
83000135	Restauração Atraumática em Dente Decíduo	58		24	DENTE/FACE(S)	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100048	Colagem de Fragmentos Dentários	68	Não é pago com os códigos 81000065, 81000030, 81000049 e 81000057.	0	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85300012	Dessensibilização Dentária	37	Autorizado para casos de sensibilidade radicular e/ou retrações gengivais. Obs: ainda que seja utilizado material restaurador na região cervical, utilizar esse código.	6	SEXTANTE	Imagem (foto) inicial	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
84000201	Remineralização	37	Indicado/autorizado para lesões de mancha branca ou parda em superfícies do esmalte dentário (no máximo 03 sessões). Inclui a aplicação tópica de flúor (QUATRO HEMI-ARCOS).	0		Imagem (foto) inicial	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100030	Clareamento dentário de consultório	150	Máximo Permitido 3 sessões. Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	36	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final							x			x	
85100072	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro	145	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial. O gel clareador deve ser pago pelo beneficiário.	36	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final							x			x	
85200018	Clareamento de dente desvitalizado	88	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	36	DENTE	Imagem (foto) inicial e final		x	x	x	x	x	x			x	
81000007	KIT CLAREAMENTO DENTAL CASEIRO 81000090 – Consulta para técnica de clareamento dentário 85100072 – Placa de Acetato para Clareamento Caseiro 85100030 – Clareamento Dentário de Consultório	800	Procedimento inclui moldeira (placa de silicone para clareamento), gel clareador e orientações. Pré-aprovação: Imagem (foto) inicial.	36		Imagem (foto) inicial e final										x	
81000008	KIT CLAREAMENTO DENTAL DE CONSULTÓRIO 81000090 – Consulta para técnica de clareamento dentário 85100030 - Clareamento Dentário de Consultório	800	Procedimento inclui gel clareador, barreira gengival e orientações. Pré-aprovação: Imagem (foto) inicial.	36		Imagem (foto) inicial e final										x	

PERIODONTIA BÁSICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	Coberturas por Plano										
							DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
85300047	Raspagem Supra-Gengival	98	Inclui os procedimentos: Profilaxia, Aplicação Tópica de Flúor, Atividade Educativa e Controle de Biofilme. Não é pago com os códigos 81000030, 81000065, 87000024, 87000016 e 85300063 (4 HEMI-ARCOS). Acima de 18 anos.	6			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85300063	Tratamento de Abscesso Periodontal Agudo	68	Autorizado quando houver imagem radiolúcida no periápice.	6	DENTE	Rx inicial	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000921	Gengivectomia	86	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	6	SEXTANTE	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000948	Gengivoplastia	86	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	6	SEXTANTE	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85000787	Imobilização Dentária em Dentes Decíduos	68	Não é pago com os códigos 81000065, 81000030, 81000049 e 81000057.	12	SEXTANTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85300020	Imobilização Dentária em Dentes Permanentes	68	Não é pago com os códigos 81000065, 81000030, 81000049 e 81000057.	12	SEXTANTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85300098	Manutenção Periodontal	65		12								x		x	x		

PERIODONTIA CIRÚRGICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	Coberturas por Plano										
							DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
85300039	Raspagem Sub-Gengival/Alisamento Radicular	186	Inclui os procedimentos: Raspagem Supra-Gengival, Profilaxia, Aplicação Tópica de Flúor, Atividade Educativa e Controle de Biofilme. Não é pago com os códigos 81000030, 81000065, 87000024, 87000016 e 85300063. Bolsas acima de 4 mm de profundidade (4 HEMI-ARCOS). Acima de 18 anos.	6	HASD/HASE/HAID/HAIE	Rx/foto das áreas mais críticas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000212	Aumento de Coroa Clínica	174	Consiste em remover tecido ósseo para recuperar o espaço biológico.	6	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001685	Tunelização	86	Cobertura obrigatória em dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca grau II avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio **. Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	6	DENTE	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000689	Enxerto Pediculado	138	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial. Cirurgia para formação de gengiva inserida, através da rotaçao de retalho gengival. Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: indicação, técnica utilizada e área doadora. Não é pago junto com os eventos 82000417, 82000336, 82000921 e 82000948. Restrito a especialista em periodontia.	12	HASD/HASE/HAID/HAIE	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000662	Enxerto Gengival Livre	138	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial. Cirurgia para formação de gengiva inserida, através do retalho gengival retirado de outra região. Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: indicação, técnica utilizada e área doadora. Não é pago junto com os eventos 82000417, 82000336, 82000921 e 82000948. Restrito a especialista em periodontia.	12	HASD/HASE/HAID/HAIE	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001669	Tratamento odontológico regenerativo com enxerto de osso autógeno	138	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	HASD/HASE/HAID/HAIE	Imagem (foto) inicial e final		x	x	x	x	x	x				
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA	176	Não é pago com os códigos 81000030, 84000139, 84000163, 84000090, 87000024, 87000016, 84000198, 85300063, 85300039 e 85300047. Bolsas acima de 4 mm de profundidade (4 HEMI-ARCOS). Procedimento autorizado a partir de 6 anos de idade, encaminhar imagem inicial para aprovação.	6	HASD/HASE/HAID/HAIE	Imagem (foto) inicial		x	x	x	x	x	x	x		x	x
82000336	Cirurgia odontológica a retalho	138	Não é pago com os códigos 84000139, 84000163, 84000090, 87000024, 87000016, 84000198, 85300063, 82000417, 85300047 e 85300039. Procedimento cirúrgico que consiste na redução de bolsas periodontais infra-ósseas (acima de 4 mm). Necessário apresentação de RX inicial das áreas envolvidas (HEMI-ARCO).	6	HASD/HASE/HAID/HAIE	Rx inicial		x	x	x	x	x	x	x			
82000557	Cunha Proximal	130	Tratamento cirúrgico de bolsas periodontais na superfície distal de molares que dispõe de gengiva inserida reduzida. Não é pago com o evento 82.000.921e 82.000.948.	12	DENTE	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000417	Cirurgia Periodontal a Retalho	138	Não é pago com os códigos 84000139, 84000163, 84000090, 87000024, 87000016, 84000198, 85300063, 85300047 e 85300039. Procedimento cirúrgico que consiste na redução de bolsas periodontais infra-ósseas (acima de 4 mm). Necessário apresentação de RX inicial das áreas envolvidas (HEMI-ARCO).	6	HASD/HASE/HAID/HAIE	Rx inicial	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

ENDODONTIA I

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	Coberturas por Plano										
							DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
85200166	Tratamento Endodôntico Unirradicular	200	Incisivos e Caninos. Não é pago com os códigos 85100056, 85200034, 85200042.	0	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85200140	Tratamento Endodôntico Birradicular	261	Pré-molares. Não é pago com os códigos 85100056, 85200034, 85200042.	0	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100056	Curativo de demora em endodontia	68	Não é pago com os códigos 81000065, 81000030, 81000049 e 81000057.	6	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			
85200034	Pulpectomia	68	Não é pago com os códigos 81000065, 81000030, 81000049 e 81000057.	0	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	112	Não é pago com os códigos 85400220, 85200042, 85100013, 85200077, 85200050, 85400505, 83000127 e 85200069). Comprimento de preparo deve ser adequado em relação ao tamanho da raiz, inserção óssea e proporcional ao tamanho da coroa.	6	DENTE	Rx inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			
83000151	Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo	120	Não é pago com os códigos 85100056, 83000127, 85200042, 85200034. Correta indicação. Remoção completa da polpa coronária, radicular e do teto em sua totalidade com preenchimento adequado de material dentro da câmara pulpar e condutos radiculares. É necessário o envio das radiografias independente da idade do beneficiário.	0	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85100013	Capeamento Pulpar Direto	85	Em exposições pulpares. Exclui a restauração final. A restauração definitiva será autorizada após 60 dias.	0	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	88	Não é pago com os códigos 85200042, 85100013, 85200077, 85200050, 85400505, 85200069 e 85200026. Correta indicação, é necessário o envio da radiografia diagnóstico independente da idade do paciente.	0	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85200042	Pulpotomia	88	Não é pago com os códigos 83000127, 85100013, 85200077, 85200050, 85400505, 85200069 e 85200026.	0	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

ENDODONTIA II

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	Coberturas por Plano										
							DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
85200158	Tratamento Endodôntico Multirradicular	368	Molares. Não é pago com os códigos 85100056, 85200034, 85200042.	0	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85200131	Tratamento Endodôndico de Dente com Rizogênese Incompleta	74	O tratamento endodôntico definitivo não poderá ter solicitação simultânea ao código 85200131 (Por SESSÃO). Dentes com indicação endodôntica e ápice aberto.	12	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85200115	Retratamento Endodôntico Unirradicular	231	Incisivos e Caninos. Não é pago com os códigos 85100056, 85200034, 85200042.	24	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85200093	Retratamento Endodôntico Birradicular	319	Pré-molares. Não é pago com os códigos 85100056, 85200034, 85200042.	24	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85200107	Retratamento Endodôntico Multirradicular	505	Molares. Não é pago com os códigos 85100056, 85200034, 85200042.	24	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85200069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	112	Não é pago com os códigos 85200042, 85100013, 85200077, 85200050, 85400505, 83000127 e 85200026.	6	DENTE	Rx inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			
85400505	Remoção de Trabalho Protético	49	Não é pago com os códigos 85400467, 83000127, 85100013, 85200077, 85200050, 85200042, 85200069 e 85200026).	6	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85200050	Remoção de Corpo Estranho Intracanal	112	Não é pago com os códigos 83000127, 85100013, 85200042, 85200077, 85400505, 85200069 e 85200026.	0	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85200123	Tratamento de Perfuração Endodôntica	200	Desconsidera-se o pagamento quando a perfuração ocorrer em tratamentos endodônticos solicitados pelo mesmo credenciado. Restrito a especialidade de endodontia. Presença de perfuração em dentes viáveis. Consiste no selamento de perfuração endodôntica.	0	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85200077	Remoção de Núcleo Intrarradicular	150	Não é pago com os códigos 83000127, 85100013, 85200042, 85200050, 85400505, 85200069 e 85200026. Consiste na remoção do núcleo da cavidade intrarradicular, com finalidade endodôntica ou protética.	6	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

CIRURGIA SIMPLES

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	Coberturas por Plano										
							DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
82000875	Exodontia Simples de Permanente	85	Não é pago com os códigos 82001073, 82001499.Sugere-se o envio de Radiografia.	0	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000832	Exodontia de Permanente por Indicação Ortodôntica/Protética	85	Não é pago com os códigos 82001073, 82001499. Correta indicação de exodontia para dentes removidos por indicação de tratamento ortodôntico/protético. Para ortodontia, enviar encaminhamento do ortodontista solicitante anexado a GTO para pagamento de repasse. Para dentes supranumerários utilizar os números 19, 29, 39 e 49. (UTILIZAR PARA TERCEIROS MOLARES ERUPCIONADOS) - Sugere-se o envio de Radiografia.	0	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000859	Exodontia de Raiz Residual	89	Não é pago com os códigos 82001073, 82001499. Correta indicação de exodontia em dentes que já não possuem a coroa clínica.Sugere-se o envio de Radiografia.	0	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
83000089	Exodontia Simples de Decíduo	54	Nos casos de extração precoce de molares decíduos em crianças menores de 7 anos (84 meses) sugerimos realizar RX prévio a fim de avaliar a correta indicação, presença de agenesia e análise do estágio de formação do germe dental. Para dentes supranumerários utilizar os números 59, 69, 79 e 89.Sugere-se o envio de Radiografia.	0	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000298	Bridectomia	152	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000301	Bridotomia	152	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000883	Frenulectomia Labial	139	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	LS/LI	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000905	Frenulotomia Labial	139	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	LS/LI	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000891	Frenulectomia Lingual	147	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	FLI	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000913	Frenulotomia Lingual	147	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	FLI	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

CIRURGIA COMPLEXA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	Coberturas por Plano										
							DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
82001286	Remoção de Dentes Inclusos / Impactados	226	Não é pago com os códigos 82001073, 82001499.Sugere-se o envio de Radiografia.	0	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001294	Remoção de Dentes Semi-Inclusos / Impactados	226	Não é pago com os códigos 82001073, 82001499.Sugere-se o envio de Radiografia.	0	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000182	Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada	244		0	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000174	Apicetomia Unirradiculares com Obturação Retrógrada	261		0	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000085	Apicetomia Birradiculares sem Obturação Retrógrada	268		0	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000077	Apicetomia Birradiculares com Obturação Retrógrada	282		0	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000166	Apicetomia Multirradiculares sem Obturação Retrógrada	310		0	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000158	Apicetomia Multirradiculares com Obturação Retrógrada	326		0	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000816	Exodontia a Retalho	105	Sugere-se o envio de Radiografia.	0	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001650	Tratamento de Alveolite	68	Não é pago com os códigos 81000065, 81000030, 81000049 e 81000057.	0	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001073	Odonto-Secção	176	Para finalidade protética com ou sem amputação radicular.	0	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

CIRURGIAS ESPECIAIS																	
							Coberturas por Plano										
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
82000034	Alveoloplastia	127	Autorizado após realização de extrações múltiplas (HEMI-ARCO).	0	HASD/HASE/HAID/HAIE	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001219	Reeducação e/ou reabilitação de distúrbio buco-maxilo-facial	150	Não é pago com os códigos 81000065 e 81000030.	0				x	x	x	x	x	x	x			
85300080	Tratamento de pericoronarite	68	Não é pago com os códigos 81000065, 81000030, 81000049 e 81000057.	6	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000468	Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em Região Buco-Maxilo-Facial	68	Não é pago com os códigos 81000065, 81000030, 81000049 e 81000057.	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000484	Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em Região Buco-Maxilo-Facial	68	Não é pago com os códigos 81000065, 81000030, 81000049 e 81000057.	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001022	Incisão e Drenagem Extra-Oral de Abscesso, Hematoma e/ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	68	Não é pago com os códigos 81000065, 81000030, 81000049 e 81000057.	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001030	Incisão e Drenagem Intra-Oral de Abscesso, Hematoma e/ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	68	Não é pago com os códigos 81000065, 81000030, 81000049 e 81000057.	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001251	Reimplante Dentário com Contenção	68	Não é pago com os códigos 81000065, 81000030, 81000049 e 81000057.	0	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001235	Reeducação e/ou reabilitação de sequela em traumatismo buco-maxilo-facial	150	Não é pago com os códigos 81000065 e 81000030.	0				x	x	x	x	x	x	x			
82001308	Remoção de dreno extra-oral	120	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	AS/AI	Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			
82000620	Enxerto com osso liofilizado	138	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x				
82000646	Enxerto conjuntivo subepitelial	138	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial. Cirurgia para formação de gengiva inserida, através de inclusão de tecido conjuntivo de outra região. Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: indicação, técnica utilização e área doadora. Não é pago junto com os eventos 82000417, 82000336, 82000921 e 82000948. Restrito a especialista em periodontia.	0		Imagem (foto) inicial e final		x	x	x	x	x	x				
82000506	Controle pós-operatório em odontologia	65	Não é pago com os códigos 82000026, 81000065 e 81000030.	0				x	x	x	x	x	x	x	x		
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	150	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			
82001375	Remoção de tamponamento nasal	120	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0		Imagem (foto) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			
82001430	Retirada dos meios de fixação da região buco-maxilo-facial	120	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	65	Não é pago com os códigos 81000065 e 81000030.	0				x	x	x	x	x	x	x			
82001316	Remoção de dreno intra-oral	120	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	AS/AI			x	x	x	x	x	x	x			
82000581	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	138	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	176	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	RL/RP/RV	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000344	Cirurgia odontológica com aplicação de aloenxertos	222	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x				
82000352	Cirurgia para Exostose Maxilar	147	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	RL/RP/RV	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000387	Cirurgia para Torus Mandibular – Unilateral	147	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	RL/RP/RV	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000395	Cirurgia para Torus Palatino	147	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	RP	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000360	Cirurgia para Torus Mandibular – Bilateral	222	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	RL/RP/RV	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000778	Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar	276	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	RL/RP/RV	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000794	Exérese ou Excisão de Mucocele	276	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	RL/RP/RV	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000808	Exérese ou Excisão de Rânula	276	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	RL/RP/RV	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001170	Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária	216	Consiste em reduzir o alvéolo por meio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentos ósseos fraturados, com contenção por meio rígido (cirurgia aberta).	0	HASD/HASE/HAID/HAIE		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001189	Redução Incruenta de Fratura Alvéolo Dentária	125	Consiste em reduzir o alvéolo por meio de manobra bidigital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados (cirurgia fechada).	0	HASD/HASE/HAID/HAIE		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000190	Aprofundamento/aumento de Vestíbulo	150	Pago em caso de pacientes desdentados com finalidade de proporcionar maior retenção a prótese (aumentar a área chapável para próteses). Não é pago com evento 82001154.	0	AS/AI	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001367	Remoção de odontoma	147	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0	AS/AI	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial	147	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			
82001413	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial	147	Autorizado mediante envio de Imagem Inicial.	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	373	Radiografia final deve apresentar colagem do bráquete em posição adequada para tracionamento.	0	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x				x
82001707	Ulectomia	85	Dentes em fase de erupção com hipertrofia mucogengival. Não é pago com o evento 82001715.	0	DENTE	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001715	Ulotomia	85	Dente em fase de erupção com fibrose gengival. Consiste em realizar incisão do capuz mucoso para que o dente permanente possa erupcionar. Não é pago com o evento 82001707.	0	DENTE	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000255	Biópsia de Lábio	139	Cobertura quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000050	Amputação Radicular com Obturação Retrógrada	176		0	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000069	Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada	176		0	DENTE	Rx inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001197	Redução Simples de Luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	65	Cobertura quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial.**	0			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000239	Biópsia de Boca	139	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0	ASAI	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001103	Punção Aspirativa na Região Buco-Maxilo-Facial	139	Cobertura quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial.	0	AS/AI	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001510	Tratamento Cirúrgico das Fístulas Buco Nasal	504	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0	AS	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001529	Tratamento Cirúrgico das Fístulas Buco Sinusal	504	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0	AS	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001553	Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial	504	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001618	Tratamento Cirúrgico dos Tumores Benignos de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial	504	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000263	Biópsia de Língua	139	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0	AI	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000247	Biópsia de Glândula Salivar	139	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0	ASAI	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001499	Sutura de Ferida em Região Buco-Maxilo-Facial	250	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0		Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000271	Biópsia de Mandíbula	280	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0	AI	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

82000280	Biópsia de Maxila	280	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0	AS	Imagem (foto) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001634	Tratamento Cirúrgico para Tumores Odontogênicos Benignos – Sem Reconstrução	504	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001588	Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial	504	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001596	Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial	504	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82000743	Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial	370	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82001545	Tratamento Cirúrgico de Bridas constritivas da Região buco-maxilo-facial	504	Cobertura quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.**	0		Imagem (foto ou Rx) inicial e final						x		x			

PRÓTESE DENTAL I

							Coberturas por Plano										
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
83000020	Coroa de Acetato em Dente Decíduo	260	Cobertura quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.**	60	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
83000046	Coroa de Aço em Dente Decíduo	260	Cobertura quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.**	60	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
83000062	Coroa de Policarbonato em Dente Decíduo	260	Cobertura quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.**	60	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85400076	Coroa Provisória com Pino	155	Cobertura como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto.**	6	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85400084	Coroa Provisória sem Pino	155	Cobertura como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto.**	6	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85400114	Coroa Total em Cerômero	802	Cobertura em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto.**	60	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85400149	Coroa Total Metálica	561	Cobertura em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida.**	60	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85400220	Núcleo Metálico Fundido	281	Cobertura em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio.** Não é pago com o código 85200026 e 85400262.	60	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85400467	Recimentação de Trabalhos Protéticos	68	A imagem inicial deve permitir a visualização da ausência de peça protética e a imagem final deve permitir a visualização da peça cimentada com adaptação aceitável.	6	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85400475	Reembasamento de coroa provisória	80	Não é pago com os códigos 85400076, 85400084, 85400440, 85400432 e 85400459.	12	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85400556	Restauração Metálica Fundida	401	Cobertura em dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto.**	60	DENTE	Rx Inicial e Final	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

PRÓTESE DENTAL II

							Coberturas por Plano										
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
85400033	Conserto em Prótese Parcial Removível (em consultório e em laboratório)	400	(inclusive com substituição de dentes)	12	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x	x		
85400459	Provisório para Restauração metálica fundida	155	Não é pago com os códigos 85400076, 85400084.	6	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x	x			
87000040	Coroa de acetato em dente permanente	260	Cobertura quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.**	60	DENTE	Rx Inicial e Final		x	x	x	x	x	x	x			
87000059	Coroa de aço em dente permanente	260	Cobertura quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.**	60	DENTE	Rx Inicial e Final		x	x	x	x	x	x	x			
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente	260	Cobertura quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.**	60	DENTE	Rx Inicial e Final		x	x	x	x	x	x	x			
85400092	Coroa total acrílica prensada	179	Cobertura em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto.	12	DENTE	Rx Inicial e Final		x	x	x	x	x	x	x			
85400262	Pino pré fabricado	281	Cobertura em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio.** Não é pago com os códigos 85200026, 85400220 e 85400211.	60	DENTE	Rx Inicial e Final		x	x	x	x	x	x	x			
85400432	Provisório para Faceta	155	Não é pago com os códigos 85400076, 85400084.	6	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final		x	x	x	x	x	x				
85400440	Provisório para Inlay/Onlay	155	Não é pago com os códigos 85400076, 85400084.	6	DENTE	Rx Inicial e Final		x	x	x	x	x	x				
85400157	Coroa Total Metalo Ceramica	1202	Cobertura em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x			x	x			
85400530	Restauração em Cerômero - Onlay	721	Não será aprovado sobre núcleo metálico fundido e dentes com destruição coronária extensa.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x		x	x	x			
85400041	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	87	(inclusive com substituição de dentes)	12	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final				x			x		x		
85400068	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	87	(inclusive com substituição de dentes)	12	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final				x			x		x		
85400360	Prótese parcial fixa provisória	155	Deve apresentar preparo adequado para provisório. Pago quando finalizado o tratamento (prótese cimentada)	6	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final				x			x	x			
85100170	Restauração em resina (indireta) - Inlay	700	Não será aprovado sobre núcleo metálico fundido e dentes com destruição coronária extensa.	60	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final				x		x	x		x		
85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	400	(inclusive com substituição de dentes)	12	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final				x			x	x	x		
85400106	Coroa Total em Cerâmica Pura	1500	Cobertura em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x			x	x			
85400165	Coroa total metalo plástica – cerômero	850	Cobertura em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x		x	x	x			
85400181	Faceta em Cerâmica Pura	1500	Cobertura em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x			x	x			
85400190	Faceta em Cerômero	817	Cobertura em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x		x	x		x		
85400203	Guia Cirúrgico para Prótese Total Imediata	280		12	AS/AI	Rx Inicial e Final				x			x		x		
85400246	Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora)	850	Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: tipo de placa, indicação, diagnóstico, tempo de utilização, etc.	36	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final				x			x	x			
85400254	Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora)	850	Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: tipo de placa, indicação, diagnóstico, tempo de utilização, etc.	36	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final				x			x				
85400270	Placa oclusal resiliente	850	Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: tipo de placa, indicação, diagnóstico, tempo de utilização, etc.	36	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final				x			x				
85400289	Prótese fixa adesiva direta (provisória)	155	Cobertura como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto.**	6	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final				x			x				
85400297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	802	Apenas para dentes anteriores com preparo de pelo menos 2/3 da face lingual ou palatina, com altura e largura adequadas. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada. Limitado a três elementos.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x			x				
85400300	Prótese Fixa Adesiva Indireta em Metalo Cerâmica	1202	Apenas para dentes anteriores com preparo de pelo menos 2/3 da face lingual ou palatina, com altura e largura adequadas. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada. Limitado a três elementos.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x			x	x			
85400319	Prótese Fixa Adesiva Indireta em Metalo Plástica	850	Apenas para dentes anteriores com preparo de pelo menos 2/3 da face lingual ou palatina, com altura e largura adequadas. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada. Limitado a três elementos.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x			x				
85400327	Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free)	802	Imagem compatível com cerômero. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x			x				

85400335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	1202	Utilizar para os dentes pilares e pônticos. Preparo total do dente. Imagem compatível com metal com porcelana e presença de ponto de solda. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x			x	x			
85400343	Prótese parcial fixa em metalo plástica	850	Utilizar para os dentes pilares e pônticos. Preparo total do dente. Imagem compatível com metal e recobrimento com resina com presença de ponto de solda. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x			x	x			
85400351	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)	1802	Imagem compatível com In Ceran. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x			x				
85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	1283	Inclui a PPR e encaixes. Para o pagamento de repasse das coroas, preencher o código correspondente ao material utilizado. É necessário a radiografia (inicial) dos dentes pilares. Após preparo da boca com a PPR em posição final (imagem final).	60	AS/AI	Rx Inicial e Imagem Final				x			x		x		
85400386	Prótese Parcial Removível com Grampos Bilateral	1650	Condição periodontal adequada dos dentes suportes. Em PPR de extremidades livres, os apoios devem estar posicionados nas faces mesiais dos dentes mais posteriores. Avaliar a indicação de barras duplas palatina e lingual para reforço estrutural. Evento não pago quando os pilares da PPR apresentarem onlay. É necessário a radiografia (inicial) dos dentes pilares. Após preparo da boca com a PPR em posição final (imagem final).	60	AS/AI	Rx Inicial e Imagem Final				x			x	x	x		
85400394	Prótese Parcial Removível Provisória em Acrílico com ou sem Grampos	600	Deve ser indicada em casos de exodontias multiplas e/ou comprometimento estético, previamente à confecção da PPR a grampo, quando houver necessidade de aguardar sua confecção (40-90 dias). É necessário a radiografia (inicial) dos dentes pilares. Após preparo da boca com a PPR em posição final (imagem final).	60	AS/AI	Rx Inicial e Imagem Final				x			x	x	x		
85400408	Prótese Total	1200	O pagamento de repasse da prótese total será realizado com intervalo de 90 dias após a instalação da prótese imediata. Sugerimos o envio de Radiografia Panorâmica como Imagem Inicial.	60	AS/AI	Rx Inicial e Imagem Final				x			x	x	x		
85400416	Prótese Total Imediata	1282	Exodontias recentes, necessidade de prótese temporária para cicatrização e acomodação dos tecidos. Sugerimos o envio de Radiografia Panorâmica como Imagem Inicial.	60	AS/AI	Rx Inicial e Imagem Final				x			x	x	x		
85400424	Prótese Total Incolor	1282	O pagamento de repasse da prótese total será realizado com intervalo de 90 dias após a instalação da prótese imediata. Sugerimos o envio de Radiografia Panorâmica como Imagem Inicial.	60	DENTE	Rx Inicial e Imagem Final				x			x	x	x		
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	300	PPR/PT em que há necessidade de ajuste mucoso.	12	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final				x			x				
85400491	Reembasamento de Prótese Total ou Parcial - mediato (em laboratório)	505	PPR/PT em que há necessidade de ajuste mucoso.	12	AS/AI	Imagem (foto) inicial e final				x			x	x			
85400513	Restauração em Cerâmica Pura - ***inlay***	1058	Não será aprovado sobre núcleo metálico fundido e dentes com destruição coronária extensa.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x			x	x			
85400521	Restauração em Cerâmica Pura - ***onlay***	1058	Não será aprovado sobre núcleo metálico fundido e dentes com destruição coronária extensa.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x			x	x			
85400173	Coroa Total Metalo Plástica - resina acrílica	641	Cobertura em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x		x	x				
85400238	Restauração em Resina (indireta) - onlay	541		60	DENTE	Rx Inicial e Final				x		x	x				
85400548	Restauração em Cerômero - inlay	721	Não será aprovado sobre núcleo metálico fundido e dentes com destruição coronária extensa.	60	DENTE	Rx Inicial e Final				x		x	x	x			
85400572	Coroa 3/4 ou 4/5	401	Cobertura quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: a. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de dificil manejo.**	60	DENTE	Rx Inicial e Final						x		x			
85400599	Planejamento em prótese	65	Imagem (foto) Inicial do modelo articulado.	36		Imagem (foto) Inicial								x			
85500011	Coroa provisória sobre implante	735	Pré-aprovação: Radiografia periapical inicial.	60	DENTE	Imagem (foto ou Rx) inicial e final								x			
85500038	Coroa total metalocerâmica sobre implante	1147	Pré-aprovação: Radiografia periapical inicial.	60	DENTE	Rx Inicial e Final								x			

ORTODONTIA E ORTOPEDIA

							Coberturas por Plano										
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	US	RECOMENDAÇÕES E NORMAS TÉCNICAS	RECORRÊNCIA (meses)	REGIÕES/FACES A MARCAR NA GTO	UTILIZAÇÃO E ENVIO DE IMAGEM CLÍNICA ***	DENT SERVICE	DENT MAIS	DENT MAIS DOC	DENT PRÓTESE	DENT ORTO	DENT PLENO	DENT MASTER	POSTAL SAÚDE	DENT SENIOR	DENT LUMINUS	DENT KIDS
83000097	Mantenedor de espaço fixo	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora. Idade máxima 12 anos (144 meses), incluindo para perdas precoces de dentes decíduos.	0	AS/AI						x	x	x				x
83000100	Mantenedor de espaço removível	310	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora. Idade máxima 12 anos (144 meses), incluindo para perdas precoces de dentes decíduos.	0	AS/AI						x	x	x				x
86000098	Aparelho ortodôntico fixo metálico	250	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora. A cobertura é somente para aparelhos de policarbonato ou porcelana/cerâmica. Aparelhos de Safira, Invisalign ou Aligne e Autoligados não são cobertos.	0	AS/AI						x		x				
86000110	Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial	125	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora. A cobertura é somente para aparelhos de policarbonato ou orcelana/cerâmica. Aparelhos de Safira, Invisalign ou Aligne e Autoligados não são cobertos.	0	AS/AI						x		x				
86000357	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000365	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000373	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
84000015	Aparelho protetor bucal	310	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000020	Aparelho de Klammt	517	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000039	Aparelho de protração mandibular - APM	310	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000047	Aparelho de Thurow	448	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000055	Aparelho extra-bucal	448	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000063	Aparelho ortodôntico fixo estético	1000	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora. A cobertura é somente para aparelhos de policarbonato ou porcelana/cerâmica. Aparelhos de Safira, Invisalign ou Aligne e Autoligados não são cobertos.	0							x		x				
86000080	Aparelho ortodôntico fixo estético parcial	500	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora. A cobertura é somente para aparelhos de policarbonato ou porcelana/cerâmica. Aparelhos de Safira, Invisalign ou Aligne e Autoligados não são cobertos.	0							x		x				
86000128	Aparelho removível com alças bionator invertida ou de Escheler	517	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000144	Arco lingual	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000152	Barra transpalatina fixa	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000160	Barra transpalatina removível	172	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000179	Bionator de Balters	517	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000187	Blocos geminados de Clark – twinblock	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000195	Botão de Nance	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000209	Contenção fixa - por arcada	230	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0	AS/AI						x	x	x				
86000225	Disjuntor palatino - Hirax	448	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000233	Disjuntor palatino - Macnamara	480	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000241	Distalizador com mola nitinol	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000250	Distalizador de Hilgers	410	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000268	Distalizador Distal Jet	410	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000276	Distalizador Pendulo/Pendex	410	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000284	Distalizador tipo Jones Jig	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000306	Gianelly	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000314	Grade palatina fixa	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000322	Grade palatina removível	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000330	Herbst encapsulado	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000381	Máscara facial – Delaire e Tração Reversa	300	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000390	Mentoneira	379	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000403	Modelador elástico de Bimler	490	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000411	Monobloco	483	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000420	Obtenção de modelos gnatostáticos de Planas	600	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000438	Pistas diretas de Planas - superior e inferior	250	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000446	Pistas indiretas de Planas	250	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000454	Placa de distalização de molares	250	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000462	Placa de Hawley	241	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000470	Placa de Hawley - com torno expansor	310	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				

86000489	Placa de mordida ortodôntica	250	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000497	Placa de Schwarz	241	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000500	Placa de verticalização de caninos	250	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000519	Placa dupla de Sanders	250	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000527	Placa encapsulada de Maurício	250	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000535	Placa lábio-ativa	241	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000543	Plano anterior fixo	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000551	Plano inclinado	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000560	Quadrihélice	207	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000578	Regulador de função de Frankel	1000	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000586	Simões Network	550	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				
86000594	Splinter	300	Necessário pré-aprovação do planejamento na operadora.	0							x		x				

NORMAS DE PROCEDIMENTO

A	SERVIÇOS COBERTOS SÃO OS CONSTANTES ASSINALADOS NAS COLUNAS DO RESPECTIVO PLANO DESCRITO NO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO.
B	SERVIÇOS NÃO COBERTOS QUANDO ORÇADOS, DEVERÃO SER ACORDADOS DIRETAMENTE ENTRE O BENEFICIÁRIO E O CIRURGIÃO-DENTISTA.
C	PARA EFEITO DE CÁLCULO DE PAGAMENTO DOS SERVIÇOS COBERTOS PELO PLANO DO BENEFICIÁRIO É UTILIZADO O VALOR DE CH DIFERENCIADO CONSTANTE DO CONTRATO.
D	A QUALQUER TEMPO, A SÃO FRANCISCO ODONTOLOGIA SE RESERVA AO DIREITO DE FAZER AUDITORIA CLÍNICA NO BENEFICIÁRIO.
E	TRATAMENTOS COM FINALIDADE EXCLUSIVAMENTE ESTÉTICA NÃO SERÃO COBERTOS (PAGOS) E DEVERÃO SER ACERTADOS DIRETAMENTE ENTRE O CIRURGIÃO-DENTISTA E O BENEFICIÁRIO.
F	ESTÃO AUTORIZADOS PROCEDIMENTOS RESTAURADORES OU DE SUBSTITUIÇÃO DE RESTAURAÇÕES QUANDO ESTAS APRESENTAREM FRATURAS OU INFILTRAÇÕES COMPROVADAS POR IMAGENS OU PASSÍVEIS DE AUDITORIA CLÍNICA PRÉVIA
G	AS IMAGENS (FOTOS OU RX) SOLICITADOS VISAM AVALIAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS SEUS BENEFICIÁRIOS
H	* pagos quando executado por CD's especialistas no procedimento ou em serviços especializados/autorizados
I	** DUT - conforme ANS
J	*** Documentação Comprobatória - É DE RESPONSABILIDADE DO CIRURGIÃO DENTISTA DECIDIR QUAL O MELHOR EXAME (IMAGEM, FOTO OU RX) PARA AVALIAR A NECESSIDADE E A QUALIDADE DO PROCEDIMENTO.

ANS -n.º 36531-9