

## Procedimentos

Código	Especialidade / Procedimento	Observações
<b>Prevenção</b>		
84000198	Profilaxia (Polimento Coronário - quatro hemiarquadas)	Remoção de biofilme dental com pasta profilática ou jato de bicarbonato e polimento coronário das duas arcadas.
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	Orientações sobre alimentação, técnicas de escovação, limpeza da língua, uso de fio dental, dentríffico, anti-séptico, cárie, periodontopatias, câncer, manutenção de próteses, etc. Autorizável 01 a cada 6 meses.
84000090	Aplicação tópica de flúor	Aplicação direta de produtos fluoretados nas duas arcadas. Excludente com o código 84000201(Remineralizacao). Autorizável 01 a cada 6 meses.
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	Inclui a aplicação de corante para biofilme, registro das faces coradas para controle do índice de placa e instrução do paciente para a sua remoção. Autorizável 01 a cada 6 meses.
11.00.0007	Pacote de prevenção infanto- juvenil	Inclui a consulta inicial , a profilaxia, atividade educativa , controle de biofilme e aplicação tópica de flúor em pacientes até 14 anos. Autorizável 01 a cada 6 meses.
11000023	Pacote de prevenção adulto	Inclui a consulta inicial , a raspagem supra- gengival (remoção de cálculo), profilaxia, atividade educativa e controle de biofilme em pacientes acima de 14 anos. Excludente com os códigos 85300047 ( raspagem supra-gengival) e 85300039 ( raspagem sub-gengival). Pacientes com comprometimento periodontal não deve ser realizado o pacote de prevenção, deve ser encaminhado ao periodontista. Autorizável 01 a cada 6 meses.
<b>Perícia Clínica</b>		
81000073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria-Perícia inicial	Avaliação técnica (clínica e radiográfica) do tratamento proposto.
81000073	Perícia final	Avaliação técnica (clínica e radiográfica) do tratamento realizado.
<b>Clínica Geral</b>		
81000030	Consulta Odontológica	Consiste na anamnese, preenchimento da ficha odontolegal, diagnóstico das doenças e anomalias bucais do paciente, plano de tratamento e prognóstico. Autorizável 01 por profissional a cada 6 meses.
81000057	Consulta Odontológica de Urgência 24 hs	Atendimento emergencial. Necessário enviar relatório com situação clínica e a conduta adotada.
	Obs: Urgência Noturna = 22:00 Hs às 06:00 Hs.	
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	Necessário enviar no faturamento cópia da solicitação e o laudo.
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	Necessário enviar no faturamento cópia da solicitação e o laudo.
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	Necessário enviar no faturamento cópia da solicitação e o laudo.
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	Necessário enviar no faturamento cópia da solicitação e o laudo.
81000421	Radiografia periapical	Quando exceder a 8 unidades, deverá ser realizado em clínica radiológica.
81000375	Radiografia interproximal – bite – wing	Autorizado no máximo 4 unidades.

81000383	Radiografia Oclusal	Necessário enviar relatório.
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático na região buco-maxilo-facial	Abonável quando a hemorragia foi fruto de acidente pessoal ou causada por procedimento realizado por outro prestador.
82000484	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático na região buco-maxilo-facial	Abonável quando a hemorragia foi fruto de acidente pessoal ou causada por procedimento realizado por outro prestador.
82000785	Exodontia simples de permanente	Necessário radiografia inicial e final.
82000716	Exodontia a retalho	Necessário radiografia inicial e final.
82000859	Exodontia Raiz Residual	Necessário radiografia inicial e final.
82001022	Incisão e Drenagem de extra – oral de abscesso, hematoma e / ou flegmão da região buco-maxilo-facial ( por segmento)	Incisão, irrigação, colocação de dreno.
82001030	Incisão e Drenagem de intra – oral de abscesso, hematoma e / ou flegmão da região buco-maxilo-facial ( por segmento)	Incisão, irrigação, colocação de dreno. Excludente com o código 85300063 (Tratamento de abscesso periodontal agudo) e 82001022 (Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e / ou flegmão da região buco-maxilo-facial (por segmento)).
82001650	Tratamento de alveolite	Envolve a curetagem, irrigação, medicação tópica com ou sem sutura. Abonável quando a exodontia foi realizada por outro credenciado.
84000236	Teste de contagem microbiológica	Autorizado no máximo 01 a cada 6 meses.
84000244	Teste de Fluxo Salivar	Autorizado no máximo 01 a cada 6 meses.
84000252	Teste de PH Salivar	Autorizado no máximo 01 a cada 6 meses.
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	Inclui fixação semi-rígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes.
85100048	Colagem de fragmentos dentários	Realizada em caso de urgência: recolocação de partes de dente que sofreu fratura, por intermédio da utilização de material dentário adesivo , independente do número de fragmentos.
85100137	Restauração em ionômero de vidro -1 face	Forramento da cavidade incluído no procedimento. Abonável 01 mesma face a cada 02 anos. Excludente com os códigos de restauração em amálgama e restauração em resina.
85100145	Restauração em ionômero de vidro -2 faces	Forramento da cavidade incluído no procedimento. Abonável 01 mesmas faces a cada 02 anos. Excludente com os códigos de restauração em amálgama e restauração em resina.
85100153	Restauração em ionômero de vidro -3 faces	Forramento da cavidade incluído no procedimento. Enviar RX final quando solicitado. Abonável 01 mesmas faces a cada 02 anos. Excludente com os códigos de restauração em amálgama e restauração em resina.
85100161	Restauração em ionômero de vidro -4 faces	Forramento da cavidade incluído no procedimento. Enviar RX final quando solicitado. Abonável 01 mesmas faces a cada 02 anos. Excludente com os códigos de restauração em amálgama e restauração em resina.
83000089	Exodontia simples de decíduo	
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	Forramento da cavidade incluído no procedimento. Abonável 01 mesma face a cada 02 anos. Excludente com os códigos de restauração em ionômero de vidro e restauração em resina.
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	Forramento da cavidade incluído no procedimento. Enviar RX final quando solicitado. Abonável 01 mesmas faces a cada 02 anos. Excludente com os códigos de restauração em ionômero de vidro e restauração em resina.
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	Forramento da cavidade incluído no procedimento. Enviar RX final quando solicitado. Abonável 01 mesmas faces a cada 02 anos. Excludente com os códigos de restauração em ionômero de vidro e restauração em resina.
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	Forramento da cavidade incluído no procedimento. Enviar RX final quando solicitado. Abonável 01 mesmas faces a cada 02 anos. Excludente com os códigos de restauração em ionômero de vidro e restauração em resina.
85100196	Restauração resina fotopolimerizável – 1 face	Forramento da cavidade incluído no procedimento. Abonável 01 mesma face a cada 02 anos. Excludente com os códigos de restauração em ionômero de vidro e restauração em amálgama.

85100200	Restauração resina fotopolimerizável – 2 faces	Forramento da cavidade incluído no procedimento. Enviar RX final quando solicitado. Abonável 01 mesmas faces a cada 02 anos. Excludente com os códigos de restauração em ionômero de vidro e restauração em amálgama.
85100218	Restauração resina fotopolimerizável – 3 faces	Forramento da cavidade incluído no procedimento. Enviar RX final quando solicitado. Abonável 01 mesmas faces a cada 02 anos. Excludente com os códigos de restauração em ionômero de vidro e restauração em amálgama.
85100226	Restauração resina fotopolimerizável – 4 faces	Forramento da cavidade incluído no procedimento. Enviar RX final quando solicitado. Abonável 01 mesmas faces a cada 02 anos. Excludente com os códigos de restauração em ionômero de vidro e restauração em amálgama.
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	Autorizado para face vestibular de dentes anteriores. Abonável 01 a cada 02 anos.
85100080	Restauração atraumática em dente permanente	Remoção de cárie quando generalizada objetivando estacionar o processo carioso e eliminar sítios de retenção de cavidades múltiplas não restauradas. Necessário relatório.
85100013	Capejamento Pulpar direto	Exclusivo para casos de exposição pulpar. Enviar relatório. Excludente com os códigos 85200034(pulpectomia) 85200042 (pulpotomia) e 83000127 (pulpotomia em dente decíduo) Não autorizado como base para restaurações. Enviar RX final.
85200042	Pulpotomia	Excludente com os códigos 85200034 (pulpectomia) e 83000127 (pulpotomia em dente decíduo). Não abonável como passo para tratamento endodôntico indicado. Enviar RX inicial e final.
85200018	Clareamento de dente desvitalizado	Exclusivo para dentes permanentes . Incisivos, caninos e pré-molares despulpados escurecidos em decorrência de tratamento endodôntico. Autorizado quando o tratamento endodôntico tiver sido realizado por outro profissional. Enviar RX inicial e final
85200034	Pulpectomia	Somente em caso de urgência. Inclui a abertura + pulpectomia ou remoção da obturação endodôntica ou núcleo existente + medicação intracanal e selamento. Excludente com os códigos 85200085(restauração temporária) 85200042 ( pulpotomia) e todos os códigos da endodontia. Enviar RX inicial.
85200050	Remoção de corpo estranho intra-canal	Enviar Rx inicial e final. Excludente com os códigos 85400505(remoção de trabalho protético),85200077 (remoção de núcleo intrarradicular).
85200085	Restauração temporária	Em I.R.M ou material similar. Não combinar com o código 85200034 (pulpectomia) e com todos os códigos de endodontia.
85300012	Dessensibilização Dentária	Necessário relatório. Excludente com os códigos 84000090 (aplicação tópica de flúor) e 84000201 (remineralização).
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos (por segmento)	Inclui fixação semi-rígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes.
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes (por segmento)	Inclui fixação semi-rígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes.
85400211	Núcleo de preenchimento	Enviar RX final – só autorizado para dentes tratados endodonticamente e/ou como base para inlay/onlay.

### Radiologia

81000421	Radiografia periapical	Necessário solicitação do Dentista
81000375	Radiografia interproximal – bite – wing	Necessário solicitação do Dentista. Autorizado no máximo 4 unidades
81000383	Radiografia Oclusal	Necessário solicitação do Dentista
81000430	Radiografia póstero – anterior	Necessário solicitação do Dentista
81000340	Radiografia da ATM	Necessário solicitação do Dentista. Autorizável 1 por ano.
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia)	Necessário solicitação do Dentista. Autorizável 1 a cada 6 meses
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico	Necessário solicitação do Dentista. Autorizável 1 por ano
81000472	Telerradiografia	Necessário solicitação do Dentista. Autorizável 01 por ano

81000367	Radiografia da mão e punho – Carpal	Necessário relatório com indicação clínica. Autorizável 01 por ano.
81000308	Modelos Ortodônticos	Necessário solicitação do Dentista. Autorizável 2 por ano- arcada superior e arcada inferior.
81000278	Fotografia	Necessário solicitação do Dentista. Autorizável no máximo 06 por ano
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	Necessário solicitação do Dentista. Autorizável 01 por ano
<b>Odontopediatria</b>		
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	Aplicação de produtos ionôméricos, resinas fluídas, foto ou quimicamente polimerizadas nas fósulas e fissuras e sulcos de dentes decíduos e/ou permanentes. Autorizado até 02 anos após erupção do dente.
84000058	Aplicação de selante técnica invasiva	Aplicação de produtos ionôméricos, resinas fluídas, foto ou quimicamente polimerizadas nas fósulas e fissuras e sulcos de dentes decíduos e/ou permanentes. Autorizado até 02 anos após erupção do dente.
84000031	Aplicação de cariostático	Consiste na aplicação de medicamento que visa estacionar o processo de cárie bem como a eliminação de sítios de retenção de biofilme
84000201	Remineralizacão	Necessário laudo. Só é liberado em casos de manchas generalizadas. No máximo de 4 sessões a cada 6 meses. Excludente com os códigos 84000090 (Aplicação tópica de flúor) e 85300012 ( Dessensibilização dentária)
11006609	Adequação do meio bucal com ionômero de vidro - por hemiarcada.	Remoção de cárie quando generalizada objetivando estacionar o processo cariioso e eliminar sítios de retenção de cavidades múltiplas não restauradas. Necessário justificativa. Necessário laudo e RX inicial.
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	Limitado a dentes decíduos até 14 anos. Necessário RX inicial e final
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	Limitado a dentes decíduos até 14 anos. Necessário RX inicial e final
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	Limitado a dentes decíduos até 14 anos. Necessário RX inicial e final
85100013	Capeamento Pulpar direto	Exclusivo para casos de exposição pulpar. Excludente com os códigos 85200034 (pulpectomia)85200042 (pulpotomia) e 83000127 ( pulpotomia em dente decíduo) Não autorizado como base para restaurações. Enviar RX final
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	Excludente com os códigos 85200034 (pulpectomia) e 83000127 (pulpotomia em dente decíduo) Não abonável como passo para tratamento endodôntico indicado. Enviar RX inicial e final.
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	Remoção de cárie quando generalizada objetivando estacionar o processo cariioso e eliminar sítios de retenção de cavidades múltiplas não restauradas. Necessário justificativa.
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	Enviar RX inicial e final
83000097	Mantenedor de espaço fixo	Enviar RX inicial
81000014	Condicionamento em Odontologia	Autorizável para paciente até 8 anos não cooperativo e de difícil manejo. Necessário justificativa. No máximo 03 sessões/ano
82001707	Ulectomia	Remoção de um processo hipertrófico muco-gengival que normalmente envolve dentes não erupcionados. Necessário relatório. Excludente com o código 82001715
82001715	Ulotomia	Incisão no capuz mucoso para erupção do dente permanente. Necessário relatório. Excludente com o código 82001707
	Obs: * A Remineralizacão (Fluorterapia) será realizada de acordo com a avaliação de risco de cárie do paciente. Em média 4 sessões de flúor.	

## Endodontia

85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	Inclui todas as etapas do tratamento. Necessário RX inicial e final. As radiografias devem ser apresentadas com nome do paciente, informação do dente e quando é inicial e final.
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	Inclui todas as etapas do tratamento. Necessário RX inicial e final. As radiografias devem ser apresentadas com nome do paciente, informação do dente e quando é inicial e final.
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	Inclui todas as etapas do tratamento. Necessário RX inicial e final. As radiografias devem ser apresentadas com nome do paciente, informação do dente e quando é inicial e final.
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	Inclui todas as etapas do tratamento. Necessário RX inicial e final. As radiografias devem ser apresentadas com nome do paciente, informação do dente e quando é inicial e final.
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	Inclui todas as etapas do tratamento. Necessário RX inicial e final. As radiografias devem ser apresentadas com nome do paciente, informação do dente e quando é inicial e final.
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	Inclui todas as etapas do tratamento. Necessário RX inicial e final. As radiografias devem ser apresentadas com nome do paciente, informação do dente e quando é inicial e final.
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	Tratamento medicamentoso para selamento de perfuração radicular por via endodôntica. Não autorizado quando caudas a pelo próprio dentista. Necessário RX inicial e final.
85200018	Clareamento de dente desvitalizado	Exclusivo para dentes incisivos, caninos e pré- molares despolpados escurecidos por sequela de tratamento endodôntico. Autorizável quando a sequela for causada por outro profissional. Necessário RX inicial e final
85200077	Remoção de Núcleo Intrarradicular	Necessário RX inicial e final
85200026	Preparo para Núcleo Intrarradicular	Necessário RX final
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	Para os casos de apiceficação e/ou apicegênese ou reabsorções para obtenção de tecido mineralizado no entorno da abertura radicular por intermédio de técnicas e materiais endodônticos indicados. Tratamento clínico completo. Necessário RX inicial e final
82000182	Apicetomia Unirradiculares sem obturação retrógrada	Remoção cirúrgica de zona patológica periapical conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular de uma raiz. Necessário RX inicial e final.
82000174	Apicetomia Unirradiculares com obturação retrógrada	Remoção cirúrgica de zona patológica periapical conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular e ainda da obturação radicular do forame apical de uma raiz.. Necessário RX inicial e final. Excludente com os códigos 82000050 e 82000069.
82000085	Apicetomia Birradiculares sem obturação retrógrada	Remoção cirúrgica de zona patológica periapical conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular de duas raízes. Necessário RX inicial e final.
82000077	Apicetomia Birradicular com Obturação Retrógrada	Remoção cirúrgica de zona patológica periapical conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular e ainda da obturação radicular do forame apical de duas raízes. Necessário RX inicial e final.
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	Remoção cirúrgica de zona patológica periapical conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular de três ou mais raízes. Necessário RX inicial e final.
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	Remoção cirúrgica de zona patológica periapical conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular e ainda da obturação radicular do forame apical de três ou mais raízes. Necessário RX inicial e final.
85400505	Remoção de trabalho protético	Enviar RX inicial. Não autorizado para remoção de restauração direta.
85400076	Coroa Provisória com pino	Enviar RX inicial. Excludente com o código 85400084.
85400084	Coroa Provisória sem pino	Enviar RX inicial. Excludente com o código 85400076.

85400475	Reembasamento de Coroa Provisória	Necessário justificativa. Não autorizado para ajustes na colocação da coroa provisória.
<b>Periodontia</b>		
85300047	Raspagem supra – gengival/alisamento radicular( por segmento)	Tratamento não cirúrgico da periodontite leve à moderada- remoção de induto, placa e cálculo seguida de alisamento radicular até a profundidade de 4mm. Enviar periograma com as medições de bolsas de todos os dentes.
85300039	Raspagem sub – gengival/alisamento radicular( por segmento)	Tratamento não cirúrgico da periodontite moderada à grave- remoção de induto, placa e cálculo seguida de alisamento radicular com profundidade acima de 4mm. Enviar periograma com as medições de bolsas de todos os dentes. Enviar RX inicial quando solicitado. Tratamento passível de solicitação de perícia inicial.
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	Necessário enviar relatório. Excludente com os códigos 85300039 e 85300047
85300055	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)por segmento	Remoção de excesso marginais com manutenção das restaurações. Necessário enviar justificativa.
82000921	Gengivectomia (por segmento)	Objetiva reduzir bolsa supra-ósseas gengivais anormais. Inclui a raspagem da área. 82000417( cirurgia periodontal a retalho) e 82000948 (gengivoplastia). Necessário enviar periograma com as medições de bolsas de todos os dentes da área envolvida.Excludente com os códigos 85300047(raspagem supra-gengival), 85300039( raspagem sub-engival),
82000948	Gengivoplastia (por segmento)	Objetiva reduzir bolsas periodontais supra-ósseas e refazer contornos gengivais anormais. Inclui a raspagem da área. Excludente com os códigos 85300047 (raspagem supra-gengival), 85300039 (raspagem sub-engival), 82000417 (cirurgia periodontal a retalho) e 82000921 (gengivectomia).
82000471	Cirurgia periodontal a retalho(por segmento)	Objetiva a redução de bolsas infra-ósseas acima de 7mm por meio de retalho mucoperiostal, debridamento da superfície radicular e correção das cristas ósseas. Excludente com os códigos 85300047(raspagem supra-gengival), 85300039 (raspagem sub-engival), 82000417 (cirurgia periodontal a retalho) e 82000921 (gengivectomia) e 82000948 ( gengivoplastia). Quando solicitado enviar RX inicial. Passível de solicitação de perícia inicial.
82001464	Sepultamento Radicular	Consiste em retalho mucoperiostal e nivelamento da raiz residual (com tratamento endodôntico e sem lesão periapical)à crista óssea e subsequente reposicionamento do retalho. Necessário laudo e RX inicial e final.
82000557	Cunha proximal	Correção cirúrgica de bolsa periodontal com defeito ósseo-angular na superfície proximal de molares com gengiva inserida reduzida. Necessário enviar laudo.
82000190	Aprofundamento / aumento de vestíbulo	Realização de incisão cirúrgica para refazer o sulco existente entre a mucosa interna do lábio e a gengiva com a finalidade de aumentar a área chapeada para prótese.
82000662	Enxerto gengival livre	Consiste em transferência de tecido gengival de uma área para outra da boca. Necessário enviar relatório.
82000689	Enxerto Pediculado - por elemento	Transferência de tecido gengival de uma área para outra da boca, mantendo uma parte ligada à localização original. Necessário enviar relatório.
82000883	Frenulectomia labial	Ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base do lábio. Necessário enviar relatório.
82000891	Frenulectomia lingual	Ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base da língua. Necessário enviar relatório.
82000905	Frenulotomia labial	Realização de incisão da hipertrofia do tecido fibro-mucoso. Necessário enviar relatório.
82000913	Frenulotomia lingual	Realização de incisão da hipertrofia do tecido fibro-mucoso. Necessário enviar relatório.

82000298	Bridectomia	Incisão para correção do posicionamento da musculatura existente entre mucosa jugal e a borda gengival. Necessário enviar relatório.
82000301	Bridotomia	Incisão cirúrgica das bridas hipertróficas. Necessário enviar relatório.
82001073	Odonto - Secção	Separação da estrutura dentária mediante corte. Excludente com os códigos 82000050(amputação radicular com obturação retrógrada) e 82000069 (amputação radicular sem obturação retrógrada). Inclui a raspagem da área
82000050	Amputação retrógrada Radicular com obturação	Remoção de uma das raízes dentárias por meios cirúrgicos e posterior obturação retrógrada do remanescente. Enviar RX inicial e final.
82000069	Amputação retrógrada Radicular sem obturação	Remoção de uma das raízes dentárias por meios cirúrgicos sem obturação retrógrada do remanescente. Enviar RX inicial e final.
82000506	Controle pós - operatório em odontologia	Autorizável para controle de procedimento cirúrgico. Deve ser realizado em data posterior à cirurgia. Necessário enviar justificativa.
82000212	Aumento de Coroa Clínica	Recuperação de espaço biológico para aproximadamente 3mm a partir da crista óssea alveolar até a borda do dente para posterior tratamento. Inclui a raspagem da área. Necessário enviar RX inicial e final.

### Cirurgia Buco Maxilo Facial

82000034	Alveoloplastia	Correção cirúrgica dos alvéolos após a realização de extrações múltiplas. Necessário RX inicial
82001707	Ulectomia	Remoção de um processo hipertrófico muco-gengival que normalmente envolve dentes não erupcionados. Necessário relatório.Excludente com o código 82001715
82001715	Ulotomia	Incisão no capuz mucoso para erupção do dente permanente. Necessário relatório. Excludente com o código 82001707.
82000190	Aprofundamento / aumento de vestíbulo	Realização de incisão cirúrgica para refazer o sulco existente entre a mucosa interna do lábio e a gengiva com a finalidade de aumentar a área chapeada para prótese.
82000239	Biópsia de boca	Consiste em remover cirurgicamente fragmentos de tecido alterado para fins de exame anatomopatológico. Inclui o adequado condicionamento da peça, acompanhada de relatório clínico para o envio ao laboratório. Necessário enviar laudo com justificativa.
82000247	Biópsia de glandula salivar	Consiste em remover cirurgicamente fragmentos de tecido alterado para fins de exame anatomopatológico. Inclui o adequado condicionamento da peça, acompanhada de relatório clínico para o envio ao laboratório. Necessário enviar laudo com justificativa.
82000255	Biópsia de lábio	Consiste em remover cirurgicamente fragmentos de tecido alterado para fins de exame anatomopatológico. Inclui o adequado condicionamento da peça, acompanhada de relatório clínico para o envio ao laboratório. Necessário enviar laudo com justificativa.
82000263	Biópsia de língua	Consiste em remover cirurgicamente fragmentos de tecido alterado para fins de exame anatomopatológico. Inclui o adequado condicionamento da peça, acompanhada de relatório clínico para o envio ao laboratório. Necessário enviar laudo com justificativa.
82000271	Biópsia de mandíbula	Consiste em remover cirurgicamente fragmentos de tecido alterado para fins de exame anatomopatológico. Inclui o adequado condicionamento da peça, acompanhada de relatório clínico para o envio ao laboratório. Necessário enviar laudo com justificativa.

82000280	Biópsia de maxila	Consiste em remover cirurgicamente fragmentos de tecido alterado para fins de exame anatomopatológico. Inclui o adequado condicionamento da peça, acompanhada de relatório clínico para o envio ao laboratório. Necessário enviar laudo com justificativa.
82001103	Punção Aspirativa na região buco-maxilo-facial	Obtenção de células de órgãos e tecidos de lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial com o uso de uma agulha de pequeno calibre. Necessário enviar laudo com justificativa.
82000360	Cirurgia Para Torus Mandibular Bilateral	Remoção cirúrgica de forma de exostoses ósseas bilaterais da mandíbula. Necessário RX inicial.
82000387	Cirurgia Para Torus Mandibular Unilateral	Remoção cirúrgica de forma de exostose óssea unilateral da mandíbula. Necessário RX inicial.
82000395	Cirurgia para torus palatino	Remoção cirúrgica de forma de exostose óssea na região do palato. Necessário RX inicial.
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	Remoção cirúrgica de zona patológica periapical conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular de duas raízes. Necessário RX inicial e final.
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	Remoção cirúrgica de zona patológica periapical conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular e ainda da obturação radicular do forame apical de duas raízes. Necessário RX inicial e final.
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	Remoção cirúrgica de zona patológica periapical conservando o dente que deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular de três ou mais raízes. Necessário RX inicial e final.
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	Remoção cirúrgica de zona patológica periapical conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular e ainda da obturação radicular do forame apical de três ou mais raízes. Necessário RX inicial e final.
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	Remoção cirúrgica de zona patológica periapical conservando o dente que deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular de uma raiz. Necessário RX inicial e final.
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	Remoção cirúrgica de zona patológica periapical conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular e ainda da obturação radicular do forame apical de uma raiz.. Necessário RX inicial e final. Excludente com os códigos 82000050 e 82000069.
82000883	Frenulectomia labial	Ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base do lábio. Necessário enviar relatório. Excludente com o código 82000905 (Frenulotomia labial).
82000891	Frenulectomia lingual	Ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base da língua. Necessário enviar relatório. Excludente com o código 82000913 (Frenulotomia lingual).
82000905	Frenulotomia labial	Realização de incisão da hipertrofia do tecido fibro-mucoso. Necessário enviar relatório. Excludente com o código 82000883(Frenulectomia labial)
82000913	Frenulotomia lingual	Realização de incisão da hipertrofia do tecido fibro-mucoso. Necessário enviar relatório. Excludente com o código 82000891 (Frenulectomia lingual)
82000298	Bridectomia	Incisão para correção do posicionamento da musculatura existente entre mucosa jugal e a borda gengival. Necessário enviar relatório. Excludente com o código 82000301 (Bridectomia).
82000301	Bridotomia	Incisão cirúrgica das bridas hipertróficas. Necessário enviar relatório. Excludente com o código 82000298(Bridetomia).
82000785	Exodontia simples de permanente	Necessário RX inicial e final
82000716	Exodontia à retalho	Necessário RX inicial e final
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	Remoção de pequenos cistos na região da maxila e/ou mandíbula. Necessário RX inicial e final.
82000859	Exodontia raiz residual	Necessário RX inicial e final
82001286	Remoção de dentes inclusos/ impactados	Necessário RX inicial e final



82001294	Remoção de dentes semi-inclusos/ impactados	Necessário RX inicial e final
82001731	Exodontia de semi-incluso/ semi-impactado supra numerário	Necessário RX inicial e final
82001740	Exodontia de incluso/impactado supra numerário	Necessário RX inicial e final
82001367	Remoção de odontoma	Remoção cirúrgica. Necessário RX inicial e final.
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	Tratamento cirúrgico da comunicação entre a cavidade bucal e cavidade nasal. Necessário RX inicial.
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	Tratamento cirúrgico da comunicação entre a cavidade bucal e o seio maxilar. Necessário RX inicial.
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	Remoção cirúrgica de lesão tumoral dos tecidos moles (principalmente lábios) que se desenvolvem nas glândulas salivares da mucosa bucal.
82000808	Exérese ou excisão de rânula	Remoção cirúrgica de cisto de retenção no assoalho da boca associado aos ductos da glândula submandibular ou sublingual
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	Remoção cirúrgica. Necessário enviar relatório.
82001197	Redução simples de luxação de articulação têmporo – mandibular (ATM)	Reposicionamento do processo condilar para dentro da cavidade mandibular, realizada em ambiente ambulatorial.
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	Necessário enviar relatório.
82001170	Fraturas Alvéolo - Dentárias - Redução Cruenta	Redução de fratura do alvéolo por meio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentos ósseos fraturados com contenção por meio rígido ( cirurgia aberta). Necessário RX inicial e final.
82001189	Fraturas Alvéolo - Dentárias - Redução Incruenta	Redução de fratura do alvéolo por meio de manobra bidigital sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados( cirurgia fechada). Necessário RX inicial e final.
82001251	Reimplante Dentário com contenção	Recolocação do dente no alvéolo e consequente imobilização. Necessário relatório.
82001707	Ulectomia	Remoção de um processo hipertrófico muco-gengival que normalmente envolve dentes não erupcionados. Necessário relatório. Excludente com o código 82001715 (Ulotomia)
82001715	Ulotomia	Incisão no capuz mucoso para erupção do dente permanente. Necessário relatório. Excludente com o código 82001707 (Ulectomia).
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasia de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	Tratamento cirúrgico do aumento do número de células hiperplásicas de tecidos moles da região buco-maxilo-facial. Necessário relatório e RX inicial.
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasia de tecidos ósseos/ cartilagosos na região buco-maxilo-facial	Tratamento cirúrgico do aumento do número de células (hiperplásica) do tecido ósseo ou cartilaginoso, da mandíbula ou maxila. Necessário relatório e RX inicial.
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial	Tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas ( tumor) do tecido ósseo ou cartilaginoso, da mandíbula ou maxila. Necessário relatório e RX inicial.
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial( por arcada)	Tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) dos tecidos moles, da região buco-maxilo-facial. Necessário relatório e RX inicial.
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	Tratamento cirúrgico, sem reconstrução, do crescimento anormal de células benignas originadas dos tecidos formadores do dente. Necessário relatório e RX inicial.
<b>Prótese</b>		
85400017	Ajuste oclusal por acréscimo	Ajustes para levante de mordida objetivando harmonia oclusal. Não autorizado para tratamento protético ou órtese miorreaxante planejada/ executada pelo mesmo credenciado.
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	Pequenos desgastes seletivos objetivando harmonia oclusal. Não autorizado para tratamento protético ou órtese miorreaxante planejada/ executada pelo mesmo credenciado.

85400556	Restauração Metálica Fundida	Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Necessário RX inicial e final
85400505	Remoção de trabalho protético	Enviar RX inicial
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	Autorizado no máximo 01 por tratamento a cada 06 meses para o mesmo prestador, desde que que não tenha sido por ele executado. Necessário justificativa.
85400220	Nucleo Metálico Fundido	Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Necessário RX inicial e final.
85400076	Coroa provisória com pino	Enviar RX inicial.
85400084	Coroa provisória sem pino	Enviar RX inicial.
85400440	Provisório para Onlay/Inlay	Enviar RX inicial.
85400475	Reembasamento de Coroa Provisória	Poderá ser autorizado quando houver intercorrência cirúrgica no dente que for receber o tratamento e este precisar ficar com a coroa provisória por no mínimo 7 dias até a colocação da coroa definitiva. Necessário RX inicial.
85400157	Coroa total metalo cerâmica	Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Necessário RX inicial e final.
85400149	Coroa Total Metálica	Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Necessário RX inicial e final.
85400246	Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)	Placa em acrílico. Inclui análise oclusal prévia e todos os ajustes necessários. Autorizado somente para os casos de Dor Orofacial e Disfunção Têmporo- Mandibular. Enviar laudo com diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico. Excludente com os códigos 85400017(Ajuste oclusal por acréscimo) e 85400025(Ajuste oclusal por desgaste seletivo).
85400513	Restauração em cerâmica (indireta) – Inlay	Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Necessário RX inicial e final.
85400521	Restauração em cerâmica (indireta) – Onlay	Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Necessário RX inicial e final
85400530	Restauração em cerômero (indireta) – Onlay	Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Necessário RX inicial e final.
85400548	Restauração em cerômero (indireta) – Inlay	Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Necessário RX inicial e final.
85400114	Coroa total em cerômero	Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Necessário RX inicial e final.
85200077	Remoção de Núcleo Intrarradicular	Retirada de núcleo da cavidade intra-radicular. Necessário RX inicial e final.
85200026	Preparo para Núcleo Intrarradicular	Recomenda-se para prestadores na especialidade de endodontia. Necessário RX final.
<b>Tomografia Computadorizada – Valores Por Arcada</b>		
11070100	Tomografia Computadorizada para 01 (um) dente	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.
11070202	Tomografia Computadorizada para 02 (dois) dentes	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.
11070304	Tomografia Computadorizada para 03 (três) dentes	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.
11070404	Tomografia Computadorizada para 04 (quatro) dentes	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.
11070505	Tomografia Computadorizada para 05(cinco) dentes ou mais	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.
11070603	Tomografia Computadorizada Maxila Total	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.
11070701	Tomografia Computadorizada Mandíbula Total	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.
11070804	Tomografia Computadorizada - ATM Bilateral	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.
11070902	Tomografia Computadorizada - Seios da Face	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.

11071005	Cavidade Nasal	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.
11071100	Assoalho de Órbita	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.
11071117	Arco Zigomáticos	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.
11071125	Crânio Total	Necessário pedido do Dentista com justificativa. Exclusivo para clínica radiológica.