

REFERENCIAIS DE  
REEMBOLSO 2024



# RHOAS 2024/2025

Referencial de Honorários Odontológicos  
Anafe Saúde (Procedimentos odontológicos)



---

# INSTRUÇÕES GERAIS

## – REEMBOLSO AO ABRIGO DA LIVRE-ESCOLHA

---



**Prezado beneficiário (a),**

- 1.** Este referencial encontra-se disponível no portal do beneficiário, no sítio eletrônico [www.anafesaude.org.br](http://www.anafesaude.org.br).
- 2.** Antes de optar pela livre escolha, saiba que a ANAFE Saúde oferece várias alternativas para você ser atendido (a) no credenciado por intermédio das redes de atendimento auxiliares. Na odontologia temos as redes Uniodonto e Odontogroup. Utilize o serviço exclusivo de agendamento pelo Concierge, por meio do 0800 286 2204.
- 3.** Esclarecemos que:
  - 3.1** O reembolso das despesas será efetuado no limite RHOAS;
  - 3.2** O beneficiário (a) terá até 12 (doze) meses, contados da data de ocorrência do evento, para solicitar o reembolso, sob pena de prescrição desse direito;
  - 3.3** Utilizando a livre escolha, o (a) beneficiário (a) anui ciência deve estar ciente que o profissional cobrará aquilo que entender justo, sem limites ou tabelas, considerando que o atendimento será feito em caráter particular;
  - 3.4** As cobranças particulares costumam exceder os valores das tabelas praticadas pela Anafe Saúde, dada à ausência de tetos (limites), verificando-se diferenças expressivas entre os valores cobrados e aqueles reembolsados;
  - 3.5** As mensalidades da Anafe Saúde são baseadas em cálculos atuariais que consideram os procedimentos cobertos, as tabelas praticadas, os índices de sinistralidade e a inflação médica do período, portanto, não comportam reembolso integral das despesas.
  - 3.6** O reembolso poderá ser requisitado por meio do site [www.anafesaude.com.br](http://www.anafesaude.com.br).

**4. Carências**

Atentar para eventuais prazos previstos no ato da contratação do plano selecionado.

Conforme proposta/termo de adesão.

**5. Da auditoria**

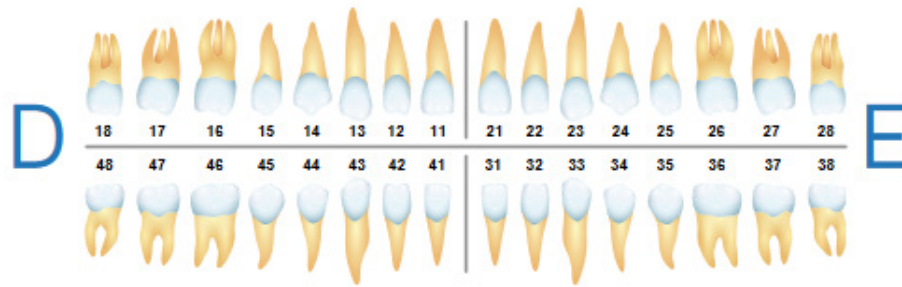
Todos os procedimentos podem estar sujeitos a Auditorias, sejam elas documentais ou presenciais. O atendimento em regime hospitalar que envolva procedimentos descritos no RHOAS acontecerá mediante apresentação de relatório do cirurgião dentista e Autorização Prévia da Anafe Saúde.

## 6. NORMAS PARA EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

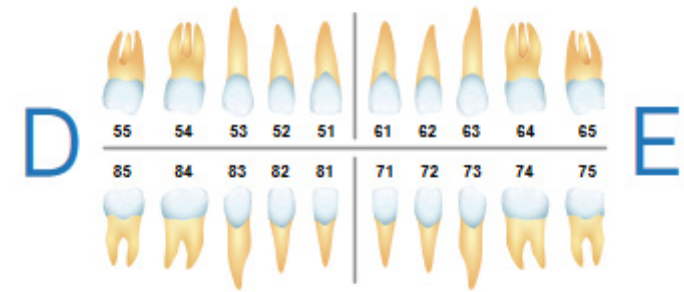
### 6.1. ODONTOGRAMA ANAFE SAÚDE

A ANAFE SAÚDE adota o padrão FDI (Federação Dentária Internacional) e da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para preenchimento dos campos de identificação local do procedimento, conforme legenda da TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar).

#### DENTES PERMANENTES



#### DENTES DECÍDUOS



### 6.2. IDENTIFICAÇÃO DE ÁREAS

Entende-se como Região: arcada/lado/hemi-arco/segmento/dente/face - indicada para cada procedimento, na segunda coluna da Tabela RHOAS.

### 6.3 FACES

É imprescindível a descrição por extenso das faces envolvidas nas restaurações, sendo obrigatório o registro no Odontograma da Guia Tratamento Odontológico - Situação inicial.

DENTES ANTERIORES SUPERIORES: M, D, V, P, I

DENTES ANTERIORES INFERIORES: M, D, V, L, I

DENTES POSTERIORES SUPERIORES: M, D, V, P, O

DENTES POSTERIORES INFERIORES: M, D, V, L, O

**6.4 SEGMENTOS:**

✓ **SEGMENTOS DO ARCO SUPERIOR**

S1 - dentes de 14 a 18 (1º pré a 3º molar S.D)

S2 - dentes de 13 a 23 (canino a canino superiores)

S3 - dentes de 24 a 28 (1º pré a 3º molar S.E)

✓ **SEGMENTOS DO ARCO INFERIOR**

S4 - dentes de 34 a 38 (1º pré a 3º molar I.E)

S5 - dentes de 33 a 43 (canino a canino inferiores)

S6 - dentes de 44 a 48 (1º pré a 3º molar I.D)

<b>S1</b> 18 17 16 15 14	<b>S2</b> 13 12 11 21 22 23	<b>S3</b> 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 <b>S6</b>	33 32 31 41 42 43 <b>S5</b>	34 35 36 37 38 <b>S4</b>

Obs: para efeito de pagamento, considera-se segmento no mínimo 03 dentes presentes. No caso de dentes distantes, considerar cada 05 dentes envolvidos na patologia como um segmento.

## 6.5. HEMI-ARCOS

### ✓ SUPERIORES

HASD - dentes de 11 a 18.

HASE - dentes de 21 a 28.

### ✓ INFERIORES

HAID - dentes de 31 a 38.

HAIE - dentes de 41 a 48.

<b>HASD</b> 18 17 16 15 14 13 12 11	<b>HASE</b> 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 45 44 43 42 41 <b>HAID</b>	31 32 33 34 35 36 37 38 <b>HAIE</b>

## 6.6. DEMAIS ÁREAS

AS - Arcada Superior.

AI - Arcada Inferior.

ASAI - Boca toda - Arcada Superior e Inferior.

P - Palato.

LD - Lado Direito.

LE - Lado Esquerdo.

## 7. TERMOS

### 7.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO - TCLE

A informação deve ser efetiva e, muito embora haja riscos que se repetem para diversos tipos de tratamentos, a sua indicação deve ser personalizada para cada paciente a partir da anamnese e do exame clínico, incorporando-se recomendações apropriadas para os portadores de lesões bucais ou doenças específicas”.

Modelo I – Para tratamento realizado por Profissional não Especialista.

Modelo II – Para tratamento realizado por Profissional Especialista.

Os Modelos I e II estão disponibilizados no site da Anafe Saúde, acesse o site [www.anafesaude.com.br](http://www.anafesaude.com.br) -> Portal do Beneficiário.

### 7.2 TERMO DE COMPROMISSO DO ASSOCIADO PARA TRATAMENTO ORTOPÉDICO-ORTODÔNTICO

As manutenções dos aparelhos móveis ou fixos e o acompanhamento da fase de contenção serão abonados no limite previsto no RHOAS, independentemente da finalização ou não do tratamento ortopédico/ortodôntico. As manutenções remanescentes deverão ser pagas diretamente ao prestador, salvo os casos indicados previamente pela Auditoria Odontológica.

Os novos tratamentos ortopédico-ortodônticos somente serão autorizados mediante o envio do Termo de Compromisso assinado pelo associado, conforme modelo disponível site Anafe Saúde, acesse o site [www.anafesaude.org.br](http://www.anafesaude.org.br) -> Portal do Beneficiário.

Modelo I – Autorização de Tratamento Ortopédico-Ortodôntico.

Modelo II – Prorrogação de Tratamento Ortopédico-Ortodôntico.

## 8. PERIOGRAMA

O envio obrigatório do Periógrama faz-se necessário para os procedimentos sinalizados no RHOAS.

A Anafe Saúde disponibiliza modelo de Periógrama no site, acesse [www.anafesaude.com.br](http://www.anafesaude.com.br) -> Portal do Beneficiário.

## 9. REMUNERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATENDEM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Na hipótese de atendimento a portadores de necessidades especiais, o tratamento será abonado de acordo com o RHOAS, com os seguintes acréscimos sobre os valores dos eventos executados:

- a) Nos procedimentos realizados em Consultório Odontológico serão acrescentados 50% para o cirurgião dentista e 10% para o auxiliar de consultório dentário sobre o RHOAS;
- b) Nos procedimentos realizados em Consultório Odontológico com Sedação serão acrescentados 100% para o cirurgião dentista e 20% para o auxiliar de consultório dentário sobre o RHOAS;

- c) Nos procedimentos realizados em Domicílio serão acrescentados 50% para o cirurgião dentista e 20% para o auxiliar de consultório dentário sobre o RHOAS;
- d) Nos procedimentos realizados em Centro Cirúrgico serão acrescentados 100% para o cirurgião dentista, 40% para o cirurgião dentista auxiliar e 20% para o instrumentador sobre o RHOAS;
- e) Necessário autorização prévia;
- f) Necessário envio de laudo contendo descrição dos procedimentos a serem realizados e justificativa técnica.

## 10. ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - OBSERVAÇÕES/NOTAS

### 10.1 RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA

- a) É imprescindível a apresentação de radiografia com bom contraste, sem alongamento, manchas e cortes de partes essenciais à avaliação do tratamento, sob pena de indeferimento do procedimento que dela depender.
- b) As radiografias devem ser enviadas acondicionadas em cartelas, com identificação de data, dente/área, dentista e paciente.
- c) Radiografias realizadas por clínica radiológica, devem ser acompanhadas do laudo do radiologista.
- d) A Auditoria Odontológica poderá, sempre que entender necessário, solicitar exames complementares e laudos técnicos para avaliação ou esclarecimento de dúvidas sobre qualquer procedimento, ou mesmo para diagnóstico e plano de tratamento.
- e) Obrigatório anexar pedido do dentista.

### 10.2 SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

Utilizar tabela CBHPM para os demais exames de diagnóstico, INCLUSIVE O ANÁTOMO-PATOLÓGICO (ANS)

### 10.3 PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- a) Os procedimentos de prevenção só serão autorizados a cada 03 meses.

#### Exceções:

1. Para pacientes em tratamento ortodôntico ou de alto risco de cárie, desde que Auditoria Odontológica autorize com base em laudo técnico que justifique a necessidade de menor intervalo de tempo.
2. Pacientes com necessidade de controle periodontal em intervalos inferiores a 06 meses devem ser encaminhados ao especialista em periodontia.

#### 10.4 DENTÍSTICA RESTAURADORA

- a) A cobrança dos procedimentos de restaurações em amálgama e resina fotopolimerizada é remunerada por face, sendo abonável mais de uma restauração por dente, desde que não estejam interligadas.
- b) Será autorizada a cobrança de nova restauração, em um intervalo de 02 anos, para o mesmo paciente, mesmo dente e mesmas faces, executadas pelo mesmo prestador, em condições normais de manutenção, SALVO EM CASOS ESPECIAIS, ACOMPANHADOS DE JUSTIFICATIVA.
- c) Todos os procedimentos de proteção pulpar estão incluídos nas restaurações.
- d) As restaurações de 04 ou mais faces contemplam os casos de reconstrução.

#### 10.5 ENDODONTIA

No caso de intercorrências no tratamento ou qualquer alteração do tipo: fratura de lima, extravasamento de pasta, comprimento de trabalho, perfuração, etc, é necessário que o cirurgião dentista envie laudo técnico circunstanciado, contendo:

- a) Responsabilidade do profissional pelo acompanhamento;
- b) Ciência do paciente ou de seu responsável.

#### 10.6 PERIODONTIA

- a) Sempre que o controle da doença periodontal necessitar ser feito em intervalo inferior a 03 meses, o cirurgião-dentista deverá enviar laudo técnico que justifique a redução do controle trimestral para bimestral ou mensal.
- b) Nas intervenções cirúrgicas estão incluídos os procedimentos: anestesia, sutura, colocação ou troca e remoção de cimento cirúrgico, curativos, revisão clínica do resultado pós-operatório e remoção de sutura.

#### 10.7 PRÓTESE DENTÁRIA

- a) Em caso de remoção de qualquer trabalho protético atentar para as regras da ANAFE SAÚDE para autorização do procedimento a ser realizado.
- b) Nos casos com mais de 03 dentes, devem ser anexados à guia o levantamento radiográfico completo com laudo radiológico, justificativa para a remoção do trabalho protético e o planejamento do caso.
- c) A exigência de especialidade em alguns códigos poderá ser superada com a apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com anuência do paciente de que o profissional não é especialista (modelo no site da Anafe Saúde).

## 10.8 CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO FACIAIS

- a) Nas intervenções cirúrgicas estão incluídos os procedimentos: anestesia, sutura, colocação ou troca e remoção de cimento cirúrgico, curativos, revisão clínica do resultado pós-operatório e remoção de sutura.
- b) No caso de extração de extranumerários, utilizar os números 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79 e 89.
- c) Os procedimentos de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais não constantes na Tabela RHOAS deverão ser encaminhados para análise e autorização prévia, acompanhadas de radiografias e laudo.

## 10.9 IMPLANTODONTIA

- a) No valor do custeio do implante estão incluídos todos os componentes, procedimentos e materiais necessários ao ato cirúrgico, pré-operatórios e pós-operatórios, reabertura e instalação do cicatrizador, não sendo, portanto, permitida a cobertura de cirurgia periodontal juntamente com o implante.
- b) A Anafe Saúde custeia a realização de implantes ósseo integrados com a utilização obrigatória de sistema cujos componentes estejam devidamente registrados junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- c) As repetições estarão a encargo do mesmo prestador, sem ônus para a Anafe Saúde ou para o paciente. Se o paciente escolher outro profissional, o prestador que gerou a repetição arcará com as respectivas despesas.
- d) Os planejamentos deverão ser realizados em duas guias (etapas), ou seja, a fase protética somente será liberada, após a ósseo integração e comprovação de instalação do implante através da radiografia final.
- e) Não serão aceitas práticas não regulamentadas, tampouco, em caso de insucesso, alegações fundamentadas em rejeição biológica, orgânica, de ordem de saúde geral ou de espessura, altura ou textura óssea.
- f) A exigência de especialidade poderá ser superada com a apresentação de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), com anuência do paciente de que o profissional não é especialista (modelo no site da Anafe Saúde).
- g) O profissional responsável pelo tratamento de implante, para manutenção de seu trabalho, deverá recomendar, textualmente e com assinatura do paciente, controle periódico do tratamento.
- h) No valor do custeio das próteses sobre implante, estão contemplados todos os componentes protéticos e de moldagem necessários à realização do trabalho, inclusive custos laboratoriais.

#### 10.10. ORTODONTIA E ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES

- a) Os valores incluem modelos montados em Articulador Semi-Ajustável (ASA), o estudo da oclusão em relação ortopedicamente estável, o aparelho completo, custos laboratoriais e material utilizado na manutenção (reposição de bandas, bráquetes, fios e ligaduras, acrílico para reembasamentos etc).
- b) Para aprovação do Plano de Tratamento, enviar documentação ortodôntica e laudo contendo: diagnóstico morfo-funcional, cronograma de execução, tipo de aparelho, prognóstico, prazo estimado para a fase ativa e Consentimento Informado dos pais, contendo todas as alternativas de indicações de tratamento, limitações, riscos, consequências e todas as providências futuras necessárias e suficientes para a completa correção da anomalia seja dentária, muscular, esquelética ou funcional.
- c) É assegurada a cobertura de manutenção dos aparelhos corretivos por até 24 meses durante a fase ativa.

# DISPOSIÇÕES GERAIS

---



CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
81000030	Consulta Odontológica	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Anamnese, exame clínico, solicitação de exames complementares, diagnóstico das doenças e anomalias bucais, plano de tratamento, prognóstico e preenchimento de documentos odontológicos. Não combinar com os códigos 81000057 (Consulta Odontológica de Urgência 24hs) e 81000049 (Consulta Odontológica de Urgência). Abonável 01 consulta por profissional, para o mesmo paciente, a cada 06 meses, em condições normais de manutenção.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 65,17
81000049	Consulta Odontológica de Urgência (Horário Normal)	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Caso eventual, não eletivo, que não seja passo intermediário/final de procedimento iniciado pelo próprio credenciado (alívio da dor, drenagens de abscessos, hemorragias, alveolites, fratura dental, reimplante de dente avulsionado, recimentação de trabalho protético etc). Não combinar com os códigos 81000030 (Consulta Odontológica) e 81000057 (Consulta Odontológica de Urgência 24hs). Enviar justificativa.	-----	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 77,04
81000057	Consulta Odontológica de Urgência 24hs (Horário Noturno das 22h às 06h ou sábado/ domingo/feriado)	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Caso eventual, não eletivo, que não seja passo intermediário/final de procedimento iniciado pelo próprio prestador (alívio da dor, drenagens de abscessos, hemorragias, alveolites, fratura dental, reimplante de dente avulsionado, recimentação de trabalho protético etc). Não combinar com os códigos 81000030 (Consulta Odontológica) e 81000049 (Consulta Odontológica de Urgência). Necessário Informar na guia o dia e hora do atendimento de urgência. Informar feriados locais.	-----	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 118,11
81000073	Consulta Odontológica para Avaliação Técnica de Auditoria	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Análise técnica e normativa do plano de tratamento proposto pelos prestadores. Avaliação da exatidão e procedência dos valores e serviços apresentados. Emissão de relatório de conformidade dos tratamentos propostos pelos prestadores. Para realizar este procedimento, é necessária a solicitação da Auditoria Odontológica	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 136,74
85100048	Colagem de Fragmentos Dentários	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Em caso de urgência: recolocação de partes de dente que sofreu fratura, por intermédio da utilização de material dentário adesivo. Independe do número de fragmentos.	Nº. dos Dentes	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 134,61
85200034	Pulpectomia	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Abertura + pulpectomia ou remoção da obturação endodôntica ou núcleo existente + medicação intracanal + selamento. Somente em caso de urgência. Não combinar com os códigos 85200085 (Restauração Temporária/Tratamento Expectante) e todos os códigos da Endodontia para o mesmo dente. Não autorizado em tratamento eletivo.	Nº. do Dente	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 125,72
85300063	Tratamento de Abscesso Periodontal Agudo (por segmento)	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Não combinar com os códigos 85300039 (Raspagem sub-gengival/alisamento radicular - por segmento) e 85300047 (Raspagem supra-gengival - por segmento). Tratamento clínico completo. Enviar Justificativa quando em mais de um segmento.	Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 116,82
82001650	Tratamento de Alveolite	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Curetagem, irrigação, medicação tópica com ou sem sutura. Abonável quando a exodontia foi realizada por outro credenciado. Tratamento clínico completo.	Nº do Dente Ausente	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 83,81
82000468	Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo- facial	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Abonável quando a hemorragia foi fruto de acidente pessoal ou causado por outro credenciado.	Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 74,50
82000484	Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo- facial	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Abonável quando a hemorragia foi fruto de acidente pessoal ou causado por outro credenciado.	Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 74,50

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
82001499	Sutura de Ferida em Região Buco-Maxilo- Facial	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Enviar relatório.	Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 148,60
82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de Abscesso, Hematoma e/ou Flegmão da Região Buco- Maxilo-Facial	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Não combinar com o código 85300063 (Tratamento de Abscesso Periodontal Agudo - por segmento) Incisão, irrigação, colocação de dreno.	Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 91,42
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de Abscesso, Hematoma e/ou Flegmão da Região Buco- Maxilo-Facial	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Incisão, irrigação, colocação de dreno.	Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 116,82
82001308	Remoção de Dreno Extra-Oral	Sim	Não	Diagnóstico e urgência		Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 91,42
82001316	Remoção de Dreno Intra-Oral	Sim	Não	Diagnóstico e urgência		Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 116,82
82001251	Reimplante Dentário com Contenção	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Recolocação do dente no alvéolo dentário e conseqüente imobilização. Inclui todos os materiais necessários.	Nº do Dente	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 184,98
85400467	Recimentação de Trabalhos Protéticos	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Abonável no máximo 01 por tratamento a cada 06 meses para o mesmo prestador, desde que não tenha sido por ele executado. Nos casos de ponte fixa, serão abonadas apenas a cimentação dos retentores. Necessário indicar o dente ou retentor.	Nº do Dente	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 52,92
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular	Sim	Não	Diagnóstico e urgência	Reposicionamento do processo condilar para dentro da cavidade mandibular. Enviar Relatório.	-----	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 157,88
81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	Sim	Não	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Contempla: 14 periapicais e 4 Bite-Wing. Não combinar com os códigos 81000375 (Radiografia Interproximal) e 81000421 (Radiografia Periapical). Exclusivo para Clínicas Radiológicas. Necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 228,17
81000421	Radiografia Periapical	Sim	Não	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Quando exceder a 08 unidades deverá encaminhar o paciente para Clínica Radiológica credenciada, exceto quando não houver Clínica credenciada na localidade. Não combinar com o código 81000294 (Levantamento Radiográfico). Quando realizado por Clínica Radiológica, necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	Nº do Dente	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 16,50
81000375	Radiografia Interproximal (Bite-Wing) Autorizado no máximo 4 unidades	Sim	Não	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Não combinar com o código 81000294 (Levantamento Radiográfico). Quando realizado por Clínica Radiológica, necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 16,50
81000383	Radiografia Oclusal	Sim	Não	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Realizada com película oclusal inteira, com filme simples ou duplo. Quando realizado por Clínica Radiológica, necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 74,93
81000324	Radiografia Antero-Posterior	Sim	Não	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Exclusivo para Clínicas Radiológicas. Necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 74,93

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
81000340	Radiografia da ATM	Sim	Não	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Máximo de 03 incidências (Boca fechada, entreaberta, abertura máxima). Exclusivo para Clínicas Radiológicas. Necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	Lado (LD ou LE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 91,02
81000405	Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia).	Sim	Não	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Exclusivo para Clínicas Radiológicas. Necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 91,02
81000472	Teless radiografia	Sim	Não	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Exclusivo para Clínicas Radiológicas. Necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 57,98
81000480	Teless radiografia com Traçado Cefalométrico	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Exclusivo para Clínicas Radiológicas. Necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 87,21
81000367	Radiografia de Mão e Punho (Carpal)	Sim	Não	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Exclusivo para Clínicas Radiológicas. Necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 45,29
90990013	Kit Ortodôntico	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Contempla: 01 Panorâmica, 01 Cefalométrica com até 03 traçados, 01 Par de Modelos Zocalados, 05 Fotos e 01 Pasta com Laudo. Só poderão ser cobrados itens complementares quando solicitados pelo dentista. Não combinar com os códigos 81000308 (Modelos Ortodônticos) e 90990021 (Kit Planejamento em Prótese/DTM (Dor Oro Facial e Disfunção Têmporo Mandibular) Exclusivo para Clínicas Radiológicas. Necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 261,60
81000278	Fotografia	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Máximo 03 unidades. Exclusivo para Clínicas Radiológicas. Necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 13,13
81000529	Tomografia Convencional	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Linear ou multi-direcional (1 Segmento). Enviar pedido do dentista com justificativa. Exclusivo para Clínicas Radiológicas.	Nº do Dente ou Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 132,49
81000510	Tomografia Computadorizada por feixe cônico	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	- Cone Beam (1 Segmento) Inclui panorâmica, imagens (3D, Axial e Cortes Transaxiais) da região ou Dentascan. Enviar pedido do dentista com justificativa. Exclusivo para Clínicas Radiológicas.	Nº do Dente ou Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 261,60
90990072	Tomografia Computadorizada por feixe cônico	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	- Cone Beam (2 segmentos) Inclui panorâmica, imagens (3D, Axial e Cortes Transaxiais) da região ou Dentascan. Enviar pedido do dentista com justificativa. Exclusivo para Clínicas Radiológicas.	Nº do Dente ou Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 362,36
90990080	Tomografia Computadorizada - Arcada	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Inclui panorâmica, imagens (3D, Axial e Cortes Transaxiais) da região ou Dentascan. Enviar pedido do dentista com justificativa. Exclusivo para Clínicas Radiológicas.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 469,87
90990064	Tomografia Computadorizada (Boca Total)	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Inclui panorâmica, imagens (3D, Axial e Cortes Transaxiais) da região ou Dentascan. Enviar pedido do dentista com justificativa. Exclusivo para Clínicas Radiológicas.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 696,35

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
90990056	Tomografia Computadorizada da Face	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Inclui Panorâmica, Imagens (3D, Axial/Cortes Transaxiais) das regiões de interesse da face, maxila/mandíbula. Enviar pedido do dentista com justificativa. Exclusivo para Clínicas Radiológicas.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 463,10
90990048	Tomografia Computadorizada da ATM (Articulação Temporo-Mandibular) Unilateral	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Inclui Panorâmica. Devem ser realizadas 03 incidências: repouso, intercuspidação e abertura máxima. Enviar pedido do dentista com justificativa.	HASD/HAID e HASE/HAIE	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 236,20
90990030	Tomografia Computadorizada da ATM (Articulação Temporo-Mandibular) Bilateral	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Inclui Panorâmica. Devem ser realizadas 03 incidências: repouso, intercuspidação e abertura máxima. Enviar pedido do dentista com justificativa. Exclusivo para Clínicas Radiológicas.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 472,00
81000413	Radiografia Panorâmica de mandíbula/ maxila (Ortopantomografia) com traçado para implantes	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Exclusivo para Clínicas Radiológicas. Necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 113,86
81000537	Traçado Cefalométrico	Não	Sim	Radiologia Odontológica e Imaginologia	Traçado sobre radiografia existente. Exclusivo para Clínicas Radiológicas. Necessário anexar o pedido do dentista (carimbado e assinado).	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 23,28
84000252	Teste de PH Salivar	Sim	Não	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Autorizado, no máximo, 01 a cada 06 meses.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 54,18
84000228	Teste de Capacidade Tampão da Saliva	Não	Sim	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Autorizado, no máximo, 01 a cada 06 meses.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 54,18
84000244	Teste de Fluxo Salivar	Sim	Não	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Autorizado, no máximo, 01 a cada 06 meses.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 54,18
82001103	Punção Aspirativa na Região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Não	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	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.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 88,90
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítio específicos da Região Buco-Maxilo-Facial.	Sim	Não	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Obtenção de células de órgãos e tecidos de lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial a partir de coleta de raspado.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 88,90
90990021	Kit Planejamento em Prótese/DTM (Dor Orofacial e Disfunção Temporo-mandibular)	Não	Sim	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Montagem em ASA (Articulador Semi Ajustável) em relação ortopedicamente estável. Inclui par de modelos de estudo. Não combinar com os códigos 81000308 (Modelos Ortodônticos) e 97032000 (Kit Ortodôntico)	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 107,94
85500062	Guia Cirúrgico Para Implante	Não	Sim	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Para caso de implante ósseo integrado. Abonável apenas um guia por arcada a cada 12 meses. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese. Enviar radiografia inicial.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 218,84
85400203	Guia Cirúrgico Para Prótese Total imediata	Não	Sim	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Para caso de prótese total imediata. Abonável apenas um guia por arcada a cada 12 meses. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 218,84
81000308	Modelos Ortodônticos	Não	Sim	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Par de modelos. Não combinar com os códigos: 97044008 (Kit Planejamento em Prótese/DTM) e 97032000 (Kit Ortodôntico). Exclusivo para Clínicas Radiológicas. Necessário anexar o pedido do dentista (datado, carimbado e assinado).	(AS e AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 69,41

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
82000239	Biópsia de Boca	Não	Sim	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Consiste em remover cirurgicamente fragmentos de tecido alterado, para fins de exame anátomo- patológico. Inclui o adequado condicionamento da peça, acompanhada de relatório clínico para o envio ao laboratório.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 150,26
82000247	Biópsia de Glândula Salivar	Não	Sim	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Consiste em remover cirurgicamente fragmentos de tecido alterado, para fins de exame anátomo- patológico. Inclui o adequado condicionamento da peça, acompanhada de relatório clínico para o envio ao laboratório.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 300,99
82000255	Biópsia de Lábio	Não	Sim	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Consiste em remover cirurgicamente fragmentos de tecido alterado, para fins de exame anátomo- patológico. Inclui o adequado condicionamento da peça, acompanhada de relatório clínico para o envio ao laboratório.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 150,26
82000271	Biópsia de Mandíbula	Não	Sim	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Consiste em remover cirurgicamente fragmentos de tecido alterado, para fins de exame anátomo- patológico. Inclui o adequado condicionamento da peça, acompanhada de relatório clínico para o envio ao laboratório.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 601,52
82000280	Biópsia de Maxila	Sim	Não	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Consiste em remover cirurgicamente fragmentos de tecido alterado, para fins de exame anátomo- patológico. Inclui o adequado condicionamento da peça, acompanhada de relatório clínico para o envio ao laboratório.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 601,52
82000263	Biópsia de Língua	Não	Sim	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia	Consiste em remover cirurgicamente fragmentos de tecido alterado, para fins de exame anátomo- patológico. Inclui o adequado condicionamento da peça, acompanhada de relatório clínico para o envio ao laboratório.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 150,26
84000139	Atividade Educativa em Saúde Bucal	Sim	Não	Prevenção em Saúde Bucal	Orientações sobre: Alimentação, técnicas de escovação, limpeza da língua, fio dental, dentífrico, anti-sépticos, cárie, periodontopatias, câncer, manutenção de próteses etc. Autorizada, no máximo, 01 a cada 03 meses em condições normais de manutenção.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 46,98
87000024	Atividade Educativa para Pais e Cuidadores de Pacientes com Necessidades Especiais	Sim	Não	Prevenção em Saúde Bucal	Orientações sobre: Alimentação, técnicas de escovação, limpeza da língua, fio dental, dentífrico, anti-sépticos, cárie, periodontopatias, câncer, manutenção de próteses etc. Autorizada, no máximo, 01 a cada 03 meses em condições normais de manutenção.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 46,98
84000198	Profilaxia/Polimento Coronário	Sim	Não	Prevenção em Saúde Bucal	Remoção de biofilme dental com pasta profilática ou jato de bicarbonato e polimento coronário das duas arcadas. Autorizada, no máximo, 01 a cada 03 meses em condições normais de manutenção.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 45,29
84000201	Remineralização (por dente)	Sim	Não	Prevenção em Saúde Bucal	Máximo de 04 sessões por tratamento. Não combinar com os códigos 84000090 (Aplicação Tópica de Flúor), 85300012 (Dessensibilização Dentária) e 84000112 (Aplicação de Verniz Fluoretado) Autorizado, no máximo, 01 tratamento a cada 06 meses.	Nº. do Dente	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 13,97
84000163	Controle de Biofilme (Placa Bacteriana)	Sim	Não	Prevenção em Saúde Bucal	Inclui aplicação de corante para biofilme, registro das faces coradas para controle do índice de placa e instrução do paciente para sua remoção. Autorizado, no máximo, 01 a cada 03 meses em condições normais de manutenção.	-----	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 61,38
84000090	Aplicação Tópica de Flúor	Sim	Não	Prevenção em Saúde Bucal	Aplicação direta de produtos fluorados sobre a superfície dental das duas arcadas. Não combinar com os códigos 84000201 (Remineralização por dente), 85300012 (Dessensibilização Dentária por Arcada) e 84000112 (Aplicação de Verniz Fluoretado) Autorizada, no máximo, 01 a cada 03 meses em condições normais de manutenção.	Hemi-Arco (HASD, HASE, HAID, HAIE)	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 15,65

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
84000112	Aplicação de Verniz Fluoretado	Sim	Não	Prevenção em Saúde Bucal	Aplicação direta sobre a superfície dental das duas arcadas. Não combinar com os códigos 84000201 (Remineralização por dente), 85300012 (Dessensibilização Dentária por Arcada) e 84000090 (Aplicação Tópica de Flúor) Autorizada, no máximo, 01 a cada 06 meses em condições normais de manutenção.	Hemi-Arco (HASD, HASE, HAID, HAIE)	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 15,65
85100242	Adequação do Meio Bucal	Sim	Não	Prevenção em Saúde Bucal	Autorizada, no máximo, 01 a cada 06 meses em condições normais de manutenção.	ASAI ( ambas as arcadas)	Procedimentos preventivos	Não se aplica	-
83000097	Mantenedor de Espaço Fixo	Sim	Não	Odontopediatria	Limitado até 15 anos. Necessária Autorização Prévia. Autorizado, no máximo, 01 a cada 02 anos para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Odontopediatria, Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Nº do Dente Ausente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 273,02
83000100	Mantenedor de Espaço Removível	Sim	Não	Odontopediatria	Limitado até 15 anos. Necessária Autorização Prévia. Autorizado, no máximo, 01 a cada 02 anos para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Odontopediatria, Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Nº do Dente Ausente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 250,60
86000438	Pistas Diretas de Planas-superior e inferior	Não	Sim	Odontopediatria	Limitado até 16 anos. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Odontopediatria, Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 154,52
84000074	Aplicação de Selante de fósulas e fissuras	Sim	Não	Odontopediatria	Aplicação de produtos ionoméricos, resinas fluidas, foto ou quimicamente polimerizadas nas fósulas e sulcos. Autorizado até 02 anos após erupção do dente.	Nº do Dente	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 41,49
84000031	Aplicação de Cariostático (por dente)	Sim	Não	Odontopediatria	Aplicação de medicamento para estacionar o processo de cárie.	Nº do Dente	Procedimentos preventivos	Não se aplica	R\$ 14,41
83000089	Exodontia Simples de Decíduo	Sim	Não	Odontopediatria		Nº do Dente	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 51,23
83000020	Coroa de Acetato em dente decíduo	Sim	Não	Odontopediatria	Limitadas aos dentes decíduos, até 12 anos. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Odontopediatria.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 136,74
83000046	Coroa de Aço em dente decíduo	Sim	Não	Odontopediatria	Limitadas aos dentes decíduos, até 12 anos. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Odontopediatria.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 136,74
83000062	Coroa de Policarbonato em dente decíduo	Sim	Não	Odontopediatria	Limitadas aos dentes decíduos, até 12 anos. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Odontopediatria.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 136,74
83000135	Restauração Atraumática em dente decíduo	Sim	Não	Odontopediatria	Remoção de cárie quando generalizada, objetivando estacionar o processo carioso e eliminar sítios de retenção de cavidades múltiplas não restauradas. Enviar Justificativa.	Hemi-Arco (HASD, HASE, HAID, HAIE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 76,22
81000014	Condicionamento em Odontologia (por Sessão)	Sim	Não	Odontopediatria	Autorizado, no máximo 03 sessões, para pacientes com comportamento não cooperativo/difícil manejo. Necessária assinatura do Responsável a cada sessão.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 64,78
87000148	Estabilização de Paciente por Meio de Contenção Física e/ou Mecânica	Sim	Não	Odontopediatria	Autorizado, no máximo 03 sessões, para pacientes com comportamento não cooperativo/difícil manejo. Necessária assinatura do Responsável a cada sessão.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 64,78

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
83000127	Pulpotomia em Dente Decíduo	Sim	Não	Odontopediatria	Remoção cirúrgica da polpa coronária, em dentes decíduos e aplicação de material indicado. Inclui todas as radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Não abonável como passo para tratamento endodôntico indicado. Abonável uma única vez por dente e por paciente. Exclui a restauração final. Enviar radiografia inicial e final.	Nº do Dente	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 95,24
85000787	Imobilização Dentária em Dentes Decíduos (por Segmento)	Sim	Não	Odontopediatria	Inclui fixação semi-rígida com fio e/ou resina, envolvendo no mínimo 03 dentes.	Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 128,69
85100099	Restauração de Amálgama - 1 face	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº Dente e Face	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 47,83
85100102	Restauração de Amálgama - 2 faces	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº Dente e Faces	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 62,22
85100110	Restauração de Amálgama - 3 faces	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº Dente e Faces	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 78,30
85100129	Restauração de Amálgama - 4 faces	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº Dente e Faces	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 92,29
85100196	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 1 face	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº Dente e Face	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 77,46
85100200	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 2 faces	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº Dente e Faces	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 85,50
85100218	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 3 faces	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº Dente e Faces	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 115,14
85100226	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 4 ou mais faces	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº Dente e Faces	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 137,56
85100080	Restauração Atraumática em dente permanente	Sim	Não	Dentística Restauradora	Remoção de cárie quando generalizada, objetivando estacionar o processo carioso e eliminar sítios de retenção de cavidades múltiplas não restauradas. Enviar Justificativa.	Hemi-Arco (HASD, HASE, HAID, HAIE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 76,22
85100064	Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável Dentes Anteriores ( canino a canino)	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 170,59
85100137	Restauração em Ionômero de Vidro - 1 face	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº Dente e Face	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 57,98
85100145	Restauração em Ionômero de Vidro - 2 faces	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº Dente e Faces	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 70,68
85100153	Restauração em Ionômero de Vidro - 3 faces	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº Dente e Faces	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 91,42
85100161	Restauração em Ionômero de Vidro - 4 faces	Sim	Não	Dentística Restauradora		Nº Dente e Faces	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 108,78
85400211	Núcleo de Preenchimento	Sim	Não	Dentística Restauradora	Reconstrução intracoronária: Exclusivamente para dentes endodonticamente tratados e/ou como base para inlay/onlay. Não combinar com os códigos 85400262 (Pino pré-fabricado) e 85400220 (Núcleo Metálico Fundido).	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 57,98
85200085	Restauração Temporária/Tratamento Expectante	Sim	Não	Dentística Restauradora	Em I.R.M. ou material similar. Não combinar com o código 85200034 (Pulpectomia) e com todos os códigos de tratamentos endodônticos.	Nº do Dente	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 19,90

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
85200166	Tratamento Endodôntico Unirradicular	Sim	Não	Endodontia	Inclui todas as etapas do tratamento e radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Endodontia.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 289,11
85200140	Tratamento Endodôntico Birradicular	Sim	Não	Endodontia	Inclui todas as etapas do tratamento e radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Endodontia.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 364,04
85200158	Tratamento Endodôntico Multirradicular	Sim	Não	Endodontia	Inclui todas as etapas do tratamento e radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Endodontia.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 535,92
83000151	Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo	Sim	Não	Endodontia	Inclui todas as etapas do tratamento e radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Autorizado, no máximo, 01 a cada 02 anos para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Endodontia e Odontopediatria.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 143,93
85200115	Retratamento Endodôntico Unirradicular	Sim	Não	Endodontia	Inclui todas as etapas do tratamento e radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Autorizado, no máximo, 01 a cada 02 anos para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Endodontia.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 364,04
85200093	Retratamento Endodôntico Birradicular	Sim	Não	Endodontia	Inclui todas as etapas do tratamento e radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Autorizado, no máximo, 01 a cada 02 anos para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Endodontia.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 439,81
85200107	Retratamento Endodôntico Multirradicular	Sim	Não	Endodontia	Inclui todas as etapas do tratamento e radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Autorizado, no máximo, 01 a cada 02 anos para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Endodontia.]	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 670,11
82000182	Apicetomia Unirradicular sem Obturação Retrógrada	Sim	Não	Endodontia	Remoção cirúrgica da zona patológica periapical, conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular de uma raiz. Não combinar com os códigos 82000050 (Amputação Radicular com Obturação Retrógrada) e 82000069 (Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada). Inclui todas as radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Endodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 309,85
82000174	Apicetomia Unirradicular com Obturação Retrógrada	Sim	Não	Endodontia	Remoção cirúrgica da zona patológica periapical, conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical de uma raiz. Inclui todas as radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Não combinar com os códigos 82000050 (Amputação Radicular com Obturação Retrógrada) e 82000069 (Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada). Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Endodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 336,53

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
82000085	Apicetomia Birradicular sem Obturação Retrógrada	Sim	Não	Endodontia	Remoção cirúrgica da zona patológica periapical, conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular de duas raízes. Inclui todas as radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Não combinar com os códigos 82000050 (Amputação Radicular com Obturação Retrógrada) e 82000069 (Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada). Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Endodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 352,19
82000077	Apicetomia Birradicular com Obturação Retrógrada	Sim	Não	Endodontia	Remoção cirúrgica da zona patológica periapical, conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical de duas raízes. Independe do material retro-obturador. Inclui todas as radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Não combinar com os códigos 82000050 (Amputação Radicular com Obturação Retrógrada) e 82000069 (Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada). Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Endodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 371,22
82000166	Apicetomia Multirradicular sem Obturação Retrógrada	Sim	Não	Endodontia	Remoção cirúrgica da zona patológica periapical, conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular de três ou mais raízes. Inclui todas as radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Endodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 380,97
82000158	Apicetomia Multirradicular com Obturação Retrógrada.	Sim	Não	Endodontia	Remoção cirúrgica da zona patológica periapical, conservando o dente que lhe deu origem, seguida da ressecção do ápice radicular e ainda da obturação do forame apical de três ou mais raízes. Inclui todas as radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Endodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 408,93
85200123	Tratamento de Perfuração Endodôntica	Sim	Não	Endodontia	Tratamento medicamentoso para selamento de perfuração radicular, por via endodôntica. Não autorizado quando causada pelo próprio dentista. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Endodontia. Inclui todas as radiografias necessárias.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 161,70
85200131	Tratamento Endodôntico de Dente com Rizogênese Incompleta	Sim	Não	Endodontia	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. Inclui todas as radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Endodontia.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 162,55
85200077	Remoção de Núcleo Intrarradicular	Sim	Não	Endodontia	Retirada de núcleo da cavidade intra-radicular, com finalidade endodôntica ou protética. Inclui todas as radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Endodontia.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 136,74
85200050	Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal	Sim	Não	Endodontia	Retirada de corpo estranho da cavidade intra-radicular, com finalidade endodôntica ou protética. Inclui todas as radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se prestadores na especialidade de: Endodontia.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 150,26

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
85100013	Capejamento Pulpar Direto	Sim	Não	Endodontia	Exclusivo para casos de exposição pulpar. Não combinar com os códigos: 85200034 (Pulpectomia), 85200042 (Pulpotomia) e 83000127 (Pulpotomia em Dente Decíduo). Não autorizado como base para restaurações. Exclui restauração final.	Nº do Dente	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 48,24
85200042	Pulpotomia	Sim	Não	Endodontia	Remoção cirúrgica da polpa coronária, em dentes permanentes e aplicação de material indicado. Inclui todas as radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Não abonável como passo para tratamento endodôntico indicado. Abonável uma única vez por dente, por paciente, por credenciado. Exclui a restauração final. Enviar radiografia inicial e final.	Nº do Dente	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 95,24
85200026	Preparo para Núcleo Intra-radicular	Sim	Não	Endodontia	Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Endodontia.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 67,73
85200018	Clareamento de Dente Desvitalizado	Sim	Não	Endodontia	Exclusivo para dentes permanentes, incisivos, caninos e pré-molares despolpados escurecidos por seqüela de tratamento endodôntico. Inclui todas as radiografias necessárias, inclusive a inicial e final. Abonável quando a seqüela endodôntica for provocada por outro profissional. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores das especialidades de: Endodontia e Dentística.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 166,80
85300047	Raspagem Supra-Gengival (Por hemi-arcada)	Sim	Não	Periodontia	Tratamento não cirúrgico de periodontite leve. Consiste na remoção de induto, placa e cálculo, seguido de alisamento radicular até a profundidade de 4mm. Para o mesmo segmento, não combinar com os códigos 85300039 (Raspagem Sub-gengival/Alisamento Radicular), 82000417 (Cirurgia Periodontal a Retalho), 85300063 (Tratamento de Abscesso Periodontal Agudo por segmento), 82000921 (Gengivectomia – por segmento) e 82000948 (Gengivoplastia – por segmento). Abonável para o mesmo segmento após o intervalo de 03 meses, em situações normais de manutenção.	Hemi-Arco (HASD, HASE, HAID, HAIE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 63,09
85300039	Raspagem Sub-Gengival/Alisamento Radicular (Por hemi- arcada)	Sim	Não	Periodontia	Tratamento não cirúrgico de periodontite grave. Consiste na raspagem sub/supra, alisamento radicular e polimento na presença de bolsa periodontal acima de 4mm de profundidade. Para o mesmo segmento, não combinar com os códigos 85300047 (Raspagem Supra-gengival), 82000417 (Cirurgia Periodontal a Retalho), 85300063 (Tratamento de Abscesso Periodontal Agudo por segmento), 82000921 (Gengivectomia – por segmento) e 82000948 (Gengivoplastia – por segmento). Abonável para o mesmo segmento após o intervalo de 03 meses, em situações normais de manutenção. Necessário o envio de Periograma para análise e comprovação pela Auditoria. Não é permitido o envio de cópia de Periograma. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Periodontia.	Hemi-Arco (HASD, HASE, HAID, HAIE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 105,51
82000417	Cirurgia Periodontal a Retalho (Por hemi-arcada)	Sim	Não	Periodontia	Objetiva a redução de bolsa infra-ósseas acima de 4mm através de retalho mucoperiosteal, debridamento da superfície radicular e correção das cristas ósseas. Não combinar com os códigos: 85300039 (Raspagem Sub-gengival/Alisamento Radicular), 85300047 (Raspagem Supra-gengival) e 82000921 (Gengivectomia) e 82000948 (Gengivoplastia). Inclui a raspagem da área. Enviar Periograma para análise e comprovação pela Auditoria. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Periodontia.	Hemi-Arco (HASD, HASE, HAID, HAIE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 175,68

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
82000921	Gengivectomia (Por hemi-arcada)	Sim	Não	Periodontia	Objetiva reduzir bolsa supra-ósseas gengivais anormais. Inclui a raspagem da área. Não combinar com os códigos 85300047 (Raspagem Supragengival), 85300039 (Raspagem Sub-gengival/ Alisamento Radicular) e 82000417 (Cirurgia Periodontal a Retalho). Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Periodontia.	Hemi-Arco (HASD, HASE, HAID, HAIE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 152,39
82000948	Gengivoplastia (Por hemi-arcada)	Sim	Não	Periodontia	Objetiva refazer contornos gengivais anormais. Inclui a raspagem da área. Não combinar com os códigos 85300047 (Raspagem Supragengival), 85300039 (Raspagem Sub-gengival/ Alisamento Radicular) e 82000417 (Cirurgia Periodontal a Retalho). Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Periodontia.	Hemi-Arco (HASD, HASE, HAID, HAIE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 152,39
82001073	Odonto-Secção	Sim	Não	Periodontia	Separação da estrutura dentária mediante corte. Não combinar com os códigos 82000050 (Amputação Radicular com Obturação Retrógrada) e 82000069 (Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada). Inclui a raspagem da área. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Periodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 152,39
82000050	Amputação Radicular com Obturação Retrógrada	Sim	Não	Periodontia	Não combinar com o código 82001073 (Odonto-Secção). Inclui a raspagem da área. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Periodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 197,68
82000069	Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada	Sim	Não	Periodontia	Não combinar com o código 82001073 (Odonto-Secção). Inclui a raspagem da área. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Periodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 152,39
82000662	Enxerto Gengival livre	Sim	Não	Periodontia	Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Periodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 233,67
82000689	Enxerto Pediculado	Sim	Não	Periodontia	Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Periodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 216,30
82000646	Enxerto Conjuntivo Subepitelial	Não	Sim	Periodontia	Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Periodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 251,03
82001685	Tunelização	Sim	Não	Periodontia	Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Periodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 233,67
85300020	Imobilização Dentária em Dentes Permanentes (por segmento)	Sim	Não	Periodontia	Inclui fixação semi-rígida com fio e/ou resina, envolvendo no mínimo 03 dentes. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Periodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 124,46
85300055	Remoção dos Fatores de Retenção de Biofilme Dental - Placa Bacteriana (por segmento)	Sim	Não	Periodontia	Eliminação de excessos marginais com manutenção das restaurações. Abonável mediante justificativa a ser anexada à guia. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Periodontia.	Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 62,65
82000506	Controle pós-operatório em odontologia	Sim	Não	Periodontia	Abonável uma vez para reavaliação pós-operatória tardia (mínimo de 30 dias). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Periodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 62,65

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
82000557	Cunha Proximal	Sim	Não	Periodontia	Correção cirúrgica de bolsa periodontal com defeito ósseo angular na superfície proximal de molares com gengiva inserida reduzida. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Periodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 137,99
82000212	Aumento de Coroa Clínica	Sim	Não	Periodontia	Recuperação de espaço biológico para aproximadamente 3mm. Inclui a raspagem da área. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Periodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 168,47
85300012	Dessensibilização Dentária (por Arcada)	Sim	Não	Periodontia	Exclusivo para tratamento de sensibilidade dentária. Não combinar com os códigos 84000090 (Aplicação Tópica de Flúor), 84000201 (Remineralização por dente) e 84000112 (Aplicação de Verniz Fluoretado). Autorizada até 04 sessões no intervalo de 06 meses.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 26,25
85400386	Prótese Parcial Removível com Grampos Bilateral	Não	Sim	Prótese Dentária	Autorizada 01 a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial.	Arcada Superior e Inferior (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.204,71
85400378	Prótese Parcial Removível com Encaixes de Precisão ou de Semi Precisão	Não	Sim	Prótese Dentária	Encaixes Macho e Fêmea inclusos no procedimento. Necessária Autorização Prévia. Abonável 01 a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Prótese.	Arcada Superior e Inferior (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.909,94
85400220	Núcleo Metálico Fundido	Sim	Não	Prótese Dentária	Necessária autorização prévia. Não combinar com os códigos 85400262 (Pino pré fabricado) e 85400211 (Núcleo de preenchimento). Autorizado 01 a cada 03 anos, para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 278,94
85400262	Pino Pré-Fabricado	Sim	Não	Prótese Dentária	Autorizado 01 a cada 03 anos, para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora. Não combinar com os códigos 85400220 (Núcleo Metálico Fundido) e 85400211 (Núcleo de preenchimento).	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 342,89
85400556	Restauração Metálica Fundida (RMF)	Sim	Não	Prótese Dentária	Autorizada 01 por dente, a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 345,40
85400548	Restauração em Cerômero Inlay	Não	Sim	Prótese Dentária	Necessária Autorização Prévia. Autorizado 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 664,17
85400530	Restauração em Cerômero Onlay	Não	Sim	Prótese Dentária	Necessária Autorização Prévia. Autorizado 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 664,17
85400513	Restauração em Cerâmica Pura-Inlay	Não	Sim	Prótese Dentária	Necessária Autorização Prévia. Autorizado 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 906,30
85400521	Restauração em Cerâmica Pura-Onlay	Não	Sim	Prótese Dentária	Necessária Autorização Prévia. Autorizado 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 906,30

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
85400181	Faceta em Cerâmica Pura	Não	Sim	Prótese Dentária	Dentes anteriores (canino a canino). Necessária Autorização Prévia. Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 728,51
85400114	Coroa Total em Cerômero	Sim	Não	Prótese Dentária	Dentes anteriores (canino a canino). Necessária Autorização Prévia. Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 764,48
85400149	Coroa Total Metálica	Sim	Não	Prótese Dentária	Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 445,31
85400165	Coroa Total Metaloplástica – Cerômero	Não	Sim	Prótese Dentária	Necessária Autorização Prévia. Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 576,97
85400173	Coroa Total Metaloplástica – Resina Acrílica	Não	Sim	Prótese Dentária	Necessária Autorização Prévia. Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 576,97
85400157	Coroa Total Metal Cerâmica	Não	Sim	Prótese Dentária	Necessária Autorização Prévia. Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 835,60
85400106	Coroa Total em Cerâmica Pura	Não	Sim	Prótese Dentária	Necessária Autorização Prévia. Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 906,30
87000067	Coroa de Policarbonato em dente permanente	Sim	Não	Prótese Dentária		Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 136,74
87000059	Coroa de Aço em dente permanente	Sim	Não	Prótese Dentária		Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 136,74
87000040	Coroa de Acetato em dente permanente	Sim	Não	Prótese Dentária		Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 136,74
85400343	Prótese Parcial Fixa em Metal Plástica	Não	Sim	Prótese Dentária	Necessária Autorização Prévia. Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 742,49
85400335	Prótese Parcial Fixa em Metal Cerâmica	Não	Sim	Prótese Dentária	Necessária Autorização Prévia. Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 867,34
85400300	Prótese Fixa Adesiva Indireta em Metal Cerâmica	Não	Sim	Prótese Dentária	Inclui as duas aletas e o pântico. Necessária Autorização Prévia. Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.513,32
85400319	Prótese Fixa Adesiva Indireta em Metal Plástica	Não	Sim	Prótese Dentária	Inclui as duas aletas e o pântico. Necessária Autorização Prévia. Autorizada 01 por dente a cada 03 anos. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.261,03

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
85400394	Prótese Parcial Removível Provisória em Acrílico com ou sem grampos	Não	Sim	Prótese Dentária	Enviar radiografia inicial. Abonável 1 a cada 6 meses.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 489,34
85400408	Prótese Total	Não	Sim	Prótese Dentária	Necessária Autorização Prévia. Autorizada 01 a cada 03 anos.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.327,48
85400416	Prótese Total Imediata	Não	Sim	Prótese Dentária	Necessária Autorização Prévia, exceto em casos de urgência. Abonável 1 a cada 6 meses.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 870,30
85400483	Reembasamento de Prótese Total ou Parcial imediato (em consultório)	Não	Sim	Prótese Dentária	Não combinar com os códigos 85400033 (Conserto em Prótese Parcial Removível - em consultório e em laboratório), 85400050 (Conserto em Prótese Total - em consultório e em laboratório) e 85400491 (Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato - em laboratório). Autorizado 01 a cada 12 meses.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 255,25
85400491	Reembasamento de Prótese Total ou Parcial mediato (em laboratório)	Não	Sim	Prótese Dentária	Não combinar com os códigos 85400033 (Conserto em Prótese Parcial Removível - em consultório e em laboratório), 85400050 (Conserto em Prótese Total - em consultório e em laboratório) e 85400483 (Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato - em consultório). Autorizado 01 a cada 12 meses.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 255,25
85400033	Conserto em Prótese Parcial Removível (em consultório e em laboratório)	Não	Sim	Prótese Dentária	Inclui substituição de um ou mais dentes. Não combinar com os códigos 85400483 (Reembasamento de Prótese Total ou Parcial imediato - em consultório) e 85400491 (Reembasamento de Prótese Total ou Parcial imediato - em laboratório). Autorizado 01 conserto, no máximo, a cada 90 dias.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 255,25
85400050	Conserto em Prótese Total (em consultório e em laboratório)	Não	Sim	Prótese Dentária	Inclui substituição de um ou mais dentes. Não combinar com os códigos 85400483 (Reembasamento de Prótese Total ou Parcial imediato - em consultório) e 85400491 (Reembasamento de Prótese Total ou Parcial imediato - em laboratório). Autorizado 01 conserto, no máximo, a cada 90 dias.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 255,25
85400076	Coroa Provisória com Pino	Sim	Não	Prótese Dentária	Não combinar com o código 85400084 (Coroa provisória sem pino). Autorizada 01 coroa, no máximo, a cada 90 dias. Enviar radiografia inicial.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 204,87
85400084	Coroa Provisória sem Pino	Sim	Não	Prótese Dentária	Não combinar com o código 85400076 (Coroa provisória com pino). Autorizada 01 coroa, no máximo, a cada 90 dias. Enviar radiografia inicial.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 191,76
85500020	Coroa provisória sobre implante com carga imediata	Não	Sim	Prótese Dentária	<p>Crítérios para regulação e autorização:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de implante unitário de carga imediata, não contíguo, de dentes ântero-superiores, (para o espaço edêntulo existente entre dois dentes presentes na região ânte-superior).</li> <li>- Autorização de implante seguindo os critérios da RHOUS.</li> <li>- Autorização de um provisório a cada 06 (seis) meses, para o mesmo elemento.</li> </ul> <p>Crítérios de auditoria para pagamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não combinar com o código 85400076 (Coroa provisória com pino).</li> <li>- Não combinar com o código 85400084 (Coroa provisória sem pino).</li> </ul> <p>Enviar radiografia inicial.</p>	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 487,50

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
85400475	Reembasamento de Coroa Provisória	Sim	Não	Prótese Dentária	Abonável quando houver necessidade de melhorar a adaptação da coroa provisória (após a confecção de núcleo metálico fundido e/ou cirurgias periodontais). Autorizada 01 coroa, no máximo, a cada 90 dias. Enviar radiografia inicial.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 115,07
85400505	Remoção de Trabalho Protético	Sim	Não	Prótese Dentária	Em caso de remoção de qualquer trabalho protético atentar para as regras de autorização do procedimento a ser realizado. Enviar radiografia inicial. Autorizada 01 remoção por retentor.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 61,38
81000243	Diagnóstico por meio de Enceramento	Sim	Não	Prótese Dentária	Autorizado somente para estudo de oclusão, objetivando reabilitação ou desgaste seletivo. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese e Dentística Restauradora. Autorizado no máximo 1 a cada 3 anos.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 44,02
85400025	Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo	Sim	Não	Prótese Dentária	Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo  Corresponde a pequenos desgastes seletivos, objetivando harmonia oclusal. Autorizado no máximo 03 sessões por tratamento, a cada 06 meses. Não autorizado para tratamento protético ou órtese miorelaxante planejados/executados pelo mesmo credenciado. Enviar laudo justificando a indicação.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 65,17
85400017	Ajuste Oclusal por Acréscimo	Sim	Não	Prótese Dentária	Consiste em levante de mordida objetivando a harmonia oclusal. Autorizado no máximo 03 sessões por tratamento, a cada 06 meses. Não autorizado para tratamento protético ou órtese miorelaxante planejados/executados pelo mesmo credenciado. Enviar laudo justificando a indicação.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 65,17
85400246	Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)	Não	Sim	Prótese Dentária	Placa em acrílico. Inclui análise oclusal prévia e todos os ajustes necessários. Não combinar com todos os códigos de Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares. Autorizado somente em casos de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular. Enviar laudo com diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico. Autorizada uma placa por paciente, a cada 12 meses para o mesmo credenciado. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Prótese, Ortodontia e Ortopedia. Não combinar com o código 85400025 (Ajuste Oclusal por desgaste seletivo) e 85400017 (Ajuste Oclusal por Acréscimo).	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 360,23
82000875	Exodontia Simples de Permanente	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Extração dentária de dentes permanentes normalmente implantados. Não combinar com os códigos 82000816 (Exodontia a Retalho), 82000859 (Exodontia de Raiz Residual) e 82000832 (Exodontia de Permanente por Indicação Ortodôntica/Protética). Enviar radiografia inicial.	Nº do Dente	Urgência/ Emergência	Não se aplica	R\$ 115,14
82000816	Exodontia a Retalho	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Extração dentária de dentes normalmente implantados, que exijam a abertura cirúrgica prévia da gengiva. Não combinar com os códigos 82000875 (Exodontia Simples de Permanente por Dente), 82000859 (Exodontia de Raiz Residual) e 82000832 (Exodontia de Permanente por Indicação Ortodôntica/ Protética). Enviar radiografia inicial.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 133,34

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
82000859	Exodontia de Raiz Residual	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Extração dentária da porção radicular de dentes que já não possuem a coroa clínica. Não combinar com o código 82000816 (Exodontia a Retalho), 82000875 (Exodontia Simples de Permanente por Dente) e 82000832 (Exodontia de Permanente por Indicação Ortodôntica/Protética). Enviar radiografia inicial.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 115,14
82000832	Exodontia de Permanente por Indicação Ortodôntica/Protética	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	É necessário justificativa. Enviar radiografia inicial.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 115,14
82001286	Remoção de Dentes Inclusos/Impactados	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Remoção de dentes com inclusão óssea ou sub-mucosa. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 393,25
82001294	Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Remoção de dentes com inclusão óssea ou sub-mucosa. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 302,24
82001715	Ulotomia	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Incisão no capuz mucoso para erupção do dente permanente. Não combinar com o código 82001707 (Ulectomia). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 117,27
82001707	Ulectomia	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Remoção de um processo hipertrófico muco-gengival que normalmente envolve dentes não erupcionados. Não combinar com o código 82001715 (Ulotomia). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 117,27
82000034	Alveoplastia (por Segmento)	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Correção cirúrgica dos alvéolos dentários após a realização de extrações múltiplas. Exclusivo para finalidade protética. Não combinar com os códigos 82000875 (Exodontia simples de permanente), 82001286 (Remoção de dentes inclusos/impactados), 82001294 (Remoção de dentes semi-inclusos/impactados) 82000859 (Exodontia de raiz residual), 82000816 (Exodontia a retalho) e 82000832 (Exodontia de Permanente por Indicação Ortodôntica/Protética) Enviar radiografia inicial.	Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 163,82
82000352	Cirurgia de Exostose Maxilar	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Remoção cirúrgica de forma de exostose óssea, na região da maxila. Necessário o envio de radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Hemi-Arco (HASD ou HASE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 302,66
82000395	Cirurgia de Torus Palatino	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Remoção cirúrgica de forma de exostose óssea, na região do palato. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 233,67
82000387	Cirurgia para Torus Mandibular Unilateral	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Remoção cirúrgica de forma de exostose óssea unilateral, na região da mandíbula. Necessário o envio de radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Hemi-Arco (HAID ou HAIE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 233,67
82000360	Cirurgia para Torus Mandibular Bilateral	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Remoção cirúrgica de formas de exostose ósseas bilaterais, na região da mandíbula. Necessário o envio de radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Arcada Inferior (AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 380,14

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
82001588	Tratamento Cirúrgico de Hiperplasia de Tecidos Ósseos/ Cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Tratamento cirúrgico do aumento do número de células (hiperplasia) do tecido ósseo ou cartilaginoso, da mandíbula ou maxila. Necessária Autorização Prévia. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 934,24
82001596	Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos/ Cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) do tecido ósseo ou cartilaginoso, da mandíbula ou maxila. Necessária Autorização Prévia. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 934,24
82001553	Tratamento Cirúrgico de Hiperplasia de Tecidos Moles na região buco-maxilo-facial	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Tratamento cirúrgico do aumento do número de células (hiperplasia) de tecidos moles região buco-maxilo-facial. Necessária Autorização Prévia. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 934,24
82001618	Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) moles região buco-maxilo-facial. Necessária Autorização Prévia. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 934,24
82001634	Tratamento Cirúrgico de Tumores Odontogênicos Benignos sem Reconstrução	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Tratamento cirúrgico, sem reconstrução, do crescimento anormal de células benignas originadas dos tecidos e formadores do dente. Necessária Autorização Prévia. Enviar radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.	Nº. do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 550,31
82000883	Frenulectomia Labial	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Consiste em realizar a ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base da lábio, denominado hipertrofia de freio labial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 179,06
82000891	Frenulectomia Lingual	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Consiste em realizar a ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base da língua, denominado hipertrofia de freio lingual. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.	Arcada Inferior (AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 179,06
82000905	Frenotomia/Frenulotomia labial	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Consiste em realizar a incisão da hipertrofia do tecido fibro-mucoso.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 179,06
82000913	Frenotomia/Frenulotomia lingual	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Consiste em realizar a incisão da hipertrofia do tecido fibro-mucoso.	Arcada Inferior (AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 179,06
82000298	Bridectomia (por Hemi-Arcada)	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Incisão para correção do posicionamento da musculatura existente entre mucosa jugal e a borda gengival. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.	Hemi-Arcada (HASD, HASE, HAID, HAIE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 148,60
82000301	Bridotomia (por Hemi-Arcada)	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Incisão cirúrgicas das bridas hipertroóficas. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial	Hemi-Arcada (HASD, HASE, HAID, HAIE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 148,60
82000190	Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	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 chapeável para próteses. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais e Periodontia.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 215,04

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
82000786	Exérese ou Excisão de Cistos Odontológicos	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Remoção de pequenos cistos da mandíbula e/ou maxila. Necessária Autorização Prévia. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 307,73
82001367	Remoção de Odontoma	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Necessária Autorização Prévia. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 307,73
82000743	Exérese de Lipoma na região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Exérese de Lipoma na região Buco-Maxilo-Facial  Necessária Autorização Prévia. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 307,73
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Necessária Autorização Prévia. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Segmento (S1, S2, S3, S4, S5, S6)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 307,73
82001510	Tratamento Cirúrgico das Fístulas Buco Nasal	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Tratamento cirúrgico da comunicação entre a cavidade bucal e cavidade nasal. Necessário o envio de radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 486,78
82001529	Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Sinusal	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Tratamento cirúrgico da comunicação entre a cavidade bucal e o seio maxilar. Necessário o envio de radiografia inicial. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 486,78
82001391	Retirada de Corpo Estranho Oroantral ou Oronasal da região buco-maxilo-facial	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Lado (LD ou LE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 486,78
82000808	Exérese ou Excisão de Rânula	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Remoção de cisto de retenção do assoalho bucal relativo aos condutos excretórios das glândulas salivares, principalmente sublinguais. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 350,92
82000794	Exérese ou Excisão de Mucocele	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Remoção cirúrgica de lesão tumoral dos tecidos moles que se desenvolvem nas glândulas salivares da mucosa bucal, principalmente nos lábios. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 179,91
82000778	Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 270,50
82001189	Redução Incruenta de Fratura Alvéolo Dentária	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Redução da fratura do alvéolo por intermédio de manobra bidigital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados (cirurgia fechada). Não autorizado quando a fratura for de autoria do próprio credenciado. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Nº do Dente Ausente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 261,17

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
82001170	Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária	Sim	Não	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Redução da fratura do alvéolo por intermédio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentos ósseos fraturados, com contenção por meio rígido (cirurgia aberta). Não autorizado quando a fratura for de autoria do próprio credenciado. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.	Nº do Dente Ausente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 545,64
82001324	Remoção de Implante dentário não ósseo integrado	Não	Sim	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo Faciais	Autorizado por unidade de implante. Não autorizado para o mesmo profissional que instalou o implante. Necessária Autorização Prévia. Enviar radiografia inicial e final	Nº do Dente Ausente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 302,24
82000980	Implante Ósseo Integrado	Não	Sim	Implantodontia	O implante somente é abonável como alternativa de reposição de um único dente com indicação para ponte fixa convencional de 03 (três) elementos, ou seja, na necessidade de um único implante a ser instalado em duas situações: 1º) Para o espaço edêntulo existente entre dois dentes presentes. 2º) Como forma de se evitar uma ponte fixa de 03 (três) elementos com dois dentes retentores e um único pântico em extremidade livre (cantlever) quando o espaço residual for de apenas um elemento, sendo vedados implantes contíguos. Necessária Autorização Prévia. Enviar Relatório, Panorâmica com Traçado. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Enviar RX inicial e final. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Implantodontia.	Nº do Dente Ausente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.980,23
85500038	Coroa Total Metal-Cerâmica sobre Implante	Não	Sim	Implantodontia	As regras de cobertura para liberação da Coroa metal Cerâmica sobre Implante são as mesmas do implante. Inclui todos os procedimentos, materiais e componentes do sistema de prótese sobre implante, desde a colocação do pilar protético até a instalação da coroa definitiva. Necessária Autorização Prévia. Autorizado 01 a cada 3 anos para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Nº do Dente Ausente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.595,01
82000620	Enxerto com Osso Liofilizado	Não	Sim	Implantodontia	Somente será reembolsado/autorizado o enxerto COM OSSO LIOFILIZADO PARA A REGIÃO EDÊNTULA ONDE SERÁ FEITO O IMPLANTE enquadrado na normatização deste RHOAS, conforme critérios abaixo: Como alternativa de reposição óssea da região de um único dente com indicação para ponte fixa convencional de 03 (três) elementos, ou seja, na necessidade de um único implante a ser instalado em duas situações: 1) Para o espaço edêntulo existente entre dois dentes presentes. 2) Como forma de se evitar uma ponte fixa de 03 (três) elementos com dois dentes retentores e um único pântico em extremidade livre (cantlever) quando o espaço residual for de apenas um elemento, sendo vedados implantes contíguos. 3) A cobertura do ato será dada somente nos casos de preenchimento imediato de alveolo ósseo pós-extração visando o preparo de leito ósseo para futuro implante unitário e ou em casos de aplicação imediata em preenchimento de gap alveolar no mesmo tempo cirurgico da exodontia e da inserção do implante 4) Necessária Autorização Prévia. 5) Enviar Relatório, Panorâmica com Traçado. 6) Enviar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. 7) Enviar RX inicial e final. Recomenda-se para prestadores na Especialidade de Implantodontia.	Nº do Dente Ausente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.434,86

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
82001057	Levantamento do Seio Maxilar com Osso Homólogo	Não	Sim	Implantodontia	Somente será reembolsado/autorizado o levantamento de seio da região do seio maxilar adjacente à área edêntula onde será aposicionado o implante, enquadrada na normatização da RHOUS, ou seja: como alternativa de reposição óssea da região de um único dente com indicação para ponte fixa convencional de 03 (três) elementos, ou seja, na necessidade de um único implante a ser instalado em duas situações: 1ª) Para o espaço edêntulo existente entre dois dentes presentes. 2ª) Como forma de se evitar uma ponte fixa de 03 (três) elementos com dois dentes retentores e um único pântico em extremidade livre (cantilever) quando o espaço residual for de apenas um elemento, sendo vedados implantes contíguos.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.185,31
82001065	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado	Não	Sim	Implantodontia	Somente será reembolsado/autorizado o Levantamento de seio da região do seio maxilar adjacente à área edêntula onde será aposicionado o implante, enquadrada na normatização da RHOUS, ou seja: como alternativa de reposição óssea da região de um único dente com indicação para ponte fixa convencional de 03 (três) elementos, ou seja, na necessidade de um único implante a ser instalado em duas situações: 1ª) Para o espaço edêntulo existente entre dois dentes presentes. 2ª) Como forma de se evitar uma ponte fixa de 03 (três) elementos com dois dentes retentores e um único pântico em extremidade livre (cantilever) quando o espaço residual for de apenas um elemento, sendo vedados implantes contíguos.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.185,31
86000055	Aparelho Extra Bucal	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 411,45
86000381	Máscara Facial - Delaire e Tração Reversa	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Máscara Facial - Delaire e Tração Reversa  Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 411,45
86000160	Barra Transpalatina Removível	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Barra Transpalatina Removível  Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 332,72
86000152	Barra Transpalatina Fixa	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 389,45
86000144	Arco Lingual	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Inferior (AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 332,72
86000535	Placa Lábio-Ativa	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Inferior (AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 362,75
86000225	Disjuntor Palatino Hirax, Haas	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 482,58
86000233	Disjuntor Palatino Macnamara, Faltin	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 457,17

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
86000560	Quadri Hélice	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 404,69
86000314	Grade Palatina Fixa	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 362,75
86000322	Grade Palatina Removível	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 244,68
86000462	Placa de Hawley	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado como dispositivo de contenção. Necessária Autorização Prévia. Enviar declaração de conclusão da fase ativa do tratamento, com anuência do paciente ou de seu responsável. (Autorizado até 08 consultas de acompanhamento de fase de contenção) Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 332,72
86000470	Placa de Hawley - com torno expansor	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Não autorizado como dispositivo de contenção. Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 362,75
86000390	Mentoneira	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Inferior (AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 241,70
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado por Hemi-Arcada para recuperação de dente retido ou raiz fraturada. Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar radiografia inicial. Enviar Plano de Tratamento e Prognóstico.	Hemi-Arcada (HASD, HASE, HAID, HAIE)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 332,72
82000964	Implante Ortodôntico	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Movimentação dos dentes para anterior ou posterior em caso de necessidade de fechamento de espaço após extrações dentárias, para intrusão de dentes posteriores em caso de mordida aberta ou para intrusão de dentes anteriores. Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Plano de Tratamento e Prognóstico. Enviar radiografia inicial e final.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 389,45
86000020	Aparelho de Klammt	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Arcada Superior e Inferior (ASAI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 751,79
86000047	Aparelho de Thurow	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 482,58

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
86000128	Aparelho removível com alças Bionator invertida ou de Escheler	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior e Inferior (ASAI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 689,55
86000039	Aparelho de Protração Mandibular – APM	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior e Inferior (ASAI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 751,79
86000179	Bionator de Balters	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior e Inferior (ASAI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 689,55
86000195	Botão de Nance	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 371,22
86000276	Distalizador pendulo/pendex	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 482,58
86000284	Distalizador tipo Jones-Jig	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 520,66
86000330	Herbst encapsulado	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior e Inferior (ASAI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 751,79

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
86000403	Modelador elástico de Bimler	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior e Inferior (ASAI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 689,55
86000411	Monobloco	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior e Inferior (ASAI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 482,58
86000497	Placa de Shwarz	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior (AS)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 332,72
86000519	Placa dupla de Sanders	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 520,66
86000446	Pistas Indiretas de Planas	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior e Inferior (ASAI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 689,55
86000578	Regulador de função de Frankel	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada Superior e Inferior (ASAI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 689,55
86000110	Aparelho Ortodôntico Fixo Metálico Parcial	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessário autorização prévia. Enviar Plano de Tratamento, Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada (ASAI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 520,66

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
8600098	Aparelho Ortodôntico Fixo Metálico	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado até 24 manutenções. Necessária Autorização Prévia. Enviar Plano de Tratamento e Prognóstico e o prazo estimado para conclusão do tratamento. Enviar Documentação Ortodôntica (exceto Modelo de Estudo). Enviar Termo de Compromisso assinado pelo paciente (Modelo I - Autorização de Tratamento Ortopédico- Ortodôntico). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.040,91
86000209	Contenção Fixa - por arcada	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Autorizado para a contenção após a remoção dos aparelhos ortodônticos e ortopédicos. Necessária Autorização Prévia. Enviar declaração de conclusão da fase ativa do tratamento, com anuência do paciente ou de seu responsável. (Autorizado até 08 consultas de acompanhamento de fase de contenção). Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares. Abonável 1 a cada 12 meses.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 135,03
86000365	Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Ortopédico.	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Contempla o serviço prestado na ativação e conservação do aparelho. Autorizada 01 por mês, após a instalação do aparelho, independentemente do número de vezes de atendimento. Não autorizada cobrança cumulativa com os códigos: 81000030 (Consulta Odontológica Inicial), 86000357 (Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Fixo) e 86000373 (Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Removível). Autorizada até 24 manutenções. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 144,35
86000373	Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Removível	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Contempla o serviço prestado na ativação e conservação do aparelho. Autorizada 01 por mês, após a instalação do aparelho, independentemente do número de vezes de atendimento. Não autorizada cobrança cumulativa com os códigos: 81000030 (Consulta Odontológica Inicial), 86000357 (Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Fixo) e 86000365 (Manutenção de Aparelho Ortopédico - Aparelho Removível). Autorizada até 24 manutenções. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 144,35
86000357	Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Fixo	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	Contempla o serviço prestado na ativação e conservação do aparelho. Autorizada 01 por mês, após a instalação do aparelho, independentemente do número de vezes de atendimento. Não autorizada cobrança cumulativa com os códigos: 81000030 (Consulta Odontológica Inicial), 86000365 (Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Ortopédico) e 86000373 (Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Removível). Autorizada até 24 manutenções. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 173,54
98122208	Manutenção de Contenção Ortodôntica	Não	Sim	Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	1. Abonável até o limite de 08 manutenções a partir da instalação do dispositivo de contenção e mediante justificativa que trata-se de "acompanhamento de fase de contenção". 2. Recomenda-se para prestadores na especialidade de: Ortodontia. 3. Não autorizada cobrança cumulativa com o código: 81000030.	-----	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 65,17
85400122	Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerâmica	Não	Sim	Implantodontia/ Prótese	Autorizado 01 a cada 3 anos para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.565,01
85400130	Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - ceromero	Não	Sim	Implantodontia/ Prótese	Autorizado 01 a cada 3 anos para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.565,01

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	ROL	EXTRA ROL	ESPECIALIDADE   GRUPO SERVIÇO	CRITÉRIOS - REGULAÇÃO/REEMBOLSO	INFORMAR REGIÃO	GRUPO CARÊNCIA	AUTORIZAÇÃO	R\$
85500011	Coroa provisoria sobre implante	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 06 (seis) meses, para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 487,50
85500046	Coroa total metaloplastica sobre implante - ceromero	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 3 anos para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.595,01
85500054	Coroa total metaloplastica sobre implante - resina acrilica	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 3 anos para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.595,01
85500097	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 3 anos para a mesma arcada. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 4.450,00
85500100	Overdenture, barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 3 anos para a mesma arcada. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 4.450,00
85500119	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre trus implantes	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 3 anos para a mesma arcada. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 4.450,00
85500127	Protese parcial fixa implanto suportada	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 3 anos para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.545,01
85500135	Protese parcial fixa provisoria em carga imediata	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 06 (seis) meses, para o mesmo dente. Enviar radiografia inicial.	Nº do Dente	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 487,50
85500143	Protocolo branemark em carga imediata para 4 implantes - parte proteti	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 3 anos para a mesma arcada. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 12.300,00
85500151	Protocolo branemark em carga imediata para 5 implantes - parte proteti	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 3 anos para a mesma arcada. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 12.850,00
85500160	Protocolo branemark para 4 implantes	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 3 anos para a mesma arcada. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 12.300,00
85500178	Protocolo branemark para 5 implantes	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 3 anos para a mesma arcada. Enviar radiografia inicial e final. Recomenda-se para prestadores nas especialidades de: Implantodontia e Prótese.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 12.850,00
85500186	Protocolo branemark provisorio para 4 implantes	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 06 (seis) meses, para a mesma arcada. Enviar radiografia inicial.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.025,00
85500194	Protocolo branemark provisorio para 5 implantes	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 06 (seis) meses, para a mesma arcada. Enviar radiografia inicial.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 1.025,00
	Remoção e recolocação de protocolo sobre implantes	Não	Sim	Implantodontia/Prótese	Autorizado 01 a cada 01 (um) ano, para a mesma arcada. Enviar radiografia inicial.	Arcada (AS ou AI)	Demais procedimentos	Não se aplica	R\$ 425,00



Anafe  
**SAÚDE**