

ANEXO VI

Tabelas com Regras de Utilização e Reembolso

Tabela 1. Regras de Utilização - Categoria Psicologia

Regras de Utilização Psicologia 2023 - TRTer Saúde													
Procedimento	Código	Descrição do Procedimento	Beneficiário	Biometria?	Autorização ?	Autorização do Titular?	Requisitos para autorização	Descontar do limite de sessões	Limite no ano civil por Beneficiário	Valor	Coparticipação	Intervalo para repetição	Evidências da utilização
Primeira sessão de psicologia (maior de 18 anos)	7001	Realizada no início do tratamento, a consulta inicial se faz necessária para ouvir as demandas do Beneficiário. Disponível apenas uma consulta inicial por ano por Credenciado.	Titulares e dependentes maiores de 18 anos	Beneficiário	Não	Não	-	1		R\$ 75,00	10%	1 dia	Biometria
Primeira sessão de psicologia (menor de 18 anos)	7002	Realizada no início do tratamento, a consulta inicial se faz necessária para ouvir as demandas do Beneficiário. Disponível apenas uma consulta inicial por ano por Credenciado.	Dependentes menores de 18 anos	Beneficiário	Não	Sim	-	1		R\$ 75,00	10%	1 dia	Biometria
Sessão de Psicologia individual	7003	São as sessões que se seguem à consulta inicial. Na primeira consulta do ano civil, o Credenciado deverá firmar a DECLARACAO_004. É permitido que o Beneficiário tenha sessões com mais de um psicólogo, mas o sistema deve alertar (red flag) a gestão da psicologia caso haja 10 (dez) sessões concomitantes com psicólogos diferentes no período de 2 (dois) meses.	Titulares e dependentes maiores de 18 anos	Beneficiário	Sim	Não	Dedaração firmada na primeira consulta do ano civil	1		R\$ 75,00	10%	1 dia	Biometria
Sessão de Psicologia de casal	7004	São as sessões que se seguem à consulta inicial. Na primeira consulta do ano civil, o Credenciado deverá firmar a DECLARACAO_004. Cada sessão equivale a duas sessões de psicologia individual em relação ao limite anual de sessões. É permitido que o Beneficiário tenha sessões com mais de um psicólogo, mas o sistema deve alertar (red flag) a gestão da psicologia caso haja 5 (cinco) sessões concomitantes com psicólogos diferentes no período de 1 (um) mês.	Titulares e dependentes cônjuges	Titular ou dependente cônjuge	Sim	Não	Dedaração firmada na primeira consulta do ano civil	2	60 sessões no total, não importa o procedimento. Cada sessão de terapia de casal ou familiar equivale a duas sessões de psicologia individual em relação ao o limite anual de sessões	R\$ 150 (R\$ 75 x 2)	10%	1 dia	Biometria
Sessão de Psicologia familiar	7005	São as sessões que se seguem à consulta inicial. O Titular ou o Dependente cônjuge deve participar do tratamento. Na primeira consulta do ano civil, o Credenciado deverá firmar a DECLARACAO_004. Cada sessão equivale a duas sessões de psicologia individual em relação ao limite anual de sessões. É permitido que o beneficiário tenha sessões com mais de um psicólogo, mas o sistema deve alertar (red flag) a gestão da psicologia caso haja 5 (cinco) sessões concomitantes com psicólogos diferentes no período de 1 (um) mês.	Titulares e dependentes cônjuges	Titular ou dependente cônjuge	Sim	Não	Dedaração firmada na primeira consulta do ano civil	2		R\$ 150 (R\$ 75 x 2)	10%	1 dia	Biometria
Sessão de Psicologia infantil	7006	São as sessões que se seguem à consulta inicial. Na primeira consulta do ano civil, o Credenciado deverá firmar a DECLARACAO_004. É permitido que o Beneficiário tenha sessões com mais de um psicólogo, mas o sistema deve alertar (red flag) a gestão da psicologia caso haja 10 (dez) sessões concomitantes com psicólogos diferentes no período de 2 (dois) meses.	Dependentes menores de 12 anos	Dependente	Sim	Sim	Dedaração firmada na primeira consulta do ano civil	1		R\$ 75,00	10%	1 dia	Biometria

Sessão de Psicologia adolescentes	7007	São as sessões que se seguem à consulta inicial. Na primeira consulta do ano civil, o Credenciado deverá firmar a DECLARACAO_004. E, permitido que o Beneficiário tenha sessões com mais de um psicólogo, mas o sistema deve avisar (red flag) a gestão da psicologia caso haja 10 (dez) sessões concomitantes com psicólogos diferentes no período de 2 (dois) meses.	Dependentes a partir de 12 anos	Dependente	Sim	Sim	Declaração firmada na primeira consulta do ano civil	1		R\$ 75,00	10%	1 dia	Biometria
Falta não justificada	7008	Consulta não desmarcada com pelo menos 6 horas de antecedência do horário agendado. Deve ser atestada pelo Beneficiário na solução.	Titulares e dependentes	Titular	Não	Sim	Validação do Titular	1		R\$ 75,00	10%	1 dia	Biometria
Exame neuropsicológico	7009	Somente a pedido de médico da própria instituição, para fins administrativos.	Titulares ativos	Titular	Sim	Não	Encaminhamento do médico	Não	NÃO	R\$ 1.000,00	0%	NÃO	Relatório Neuropsicológico e biometria

Tabela 2. Regras de Reembolso - Categoria Psicologia

Regras de Reembolso Psicologia 2023 - TRTer Saúde										
Procedimento	Código	Beneficiário	Número máximo de credenciados no local de prestação de serviço	Autorização?	Requisitos para autorização	Limite no ano civil por beneficiário	Observação	Prazo para Renovar solicitação	Valor Máximo para reembolso	Evidências da utilização
Sessão de Psicologia individual	7010	Titulares e dependentes maiores que 18 anos.	1 (a partir de 2 nega)	Sim	Parecer Psicológico para reembolso		Caso as regras de reembolso não sejam atendidas, permitir o cadastro e solicitar justificativa.			
Sessão de Psicologia de casal	7011	Titulares e dependentes cônjuges	1 (a partir de 2 nega)	Sim	Parecer Psicológico para reembolso	60 sessões no total, não importa o procedimento. Cada sessão de terapia de casal ou familiar equivale a duas sessões de psicologia individual em relação ao o limite anual de sessões	Caso as regras de reembolso não sejam atendidas, permitir o cadastro e solicitar justificativa.			
Sessão de Psicologia familiar	7012	Titulares e dependentes cônjuges	1 (a partir de 2 nega)	Sim	Parecer Psicológico para reembolso		Caso as regras de reembolso não sejam atendidas, permitir o cadastro e solicitar justificativa.		o menor dos valores entre o valor praticado pelo Prestador não credenciado e 90% do valor das Tabelas	Documento Fiscal
Sessão de Psicologia infantil	7013	Dependentes menores de 12 anos	1 (a partir de 2 nega)	Sim	Parecer Psicológico para reembolso		Caso as regras de reembolso não sejam atendidas, permitir o cadastro e solicitar justificativa.			
Sessão de Psicologia adolescentes	7014	Dependentes a partir de 12 anos	1 (a partir de 2 nega)	Sim	Parecer Psicológico para reembolso		Caso as regras de reembolso não sejam atendidas, permitir o cadastro e solicitar justificativa.			

o menor dos valores entre o valor praticado pelo Prestador não credenciado e 90% do valor das Tabelas

Documento Fiscal

Tabela 3. Regras de Utilização - Categoria Fisioterapia

Regras de Utilização Fisioterapia 2023 - TRTer Saúde											
Procedimento	Código	Descrição do Procedimento	Beneficiário	Biometria?	Autorização Inicial?	Autorização do Titular?	Limite no ano civil por beneficiário	Valor	Coparticipação	Evidências da utilização	Intervalo para repetição
Primeira sessão de Pilates	8001	Realizada no início do tratamento, a avaliação inicial faz parte do tratamento e deve ser cobrada como uma sessão. Deverá incluir, no mínimo, anamnese, exame clínico (que considere aptidão para prática de atividade física), avaliação postural e funcional, e elaboração do plano de tratamento.	Titulares e dependentes	Beneficiário	Não	Não		R\$ 43,40	10%	Biometria	1 dia
Primeira sessão de RPG	8002	Realizada no início do tratamento, a avaliação inicial faz parte do tratamento e deve ser cobrada como uma sessão. Deverá incluir, no mínimo, anamnese, exame clínico (que considere aptidão para prática de atividade física), avaliação postural e funcional, e elaboração do plano de tratamento.	Titulares e dependentes	Beneficiário	Não	Sim		R\$ 43,40	10%	Biometria	1 dia
Sessão de Pilates	8003	São as sessões que se seguem à consulta inicial. É permitido que o beneficiário tenha sessões com mais de um fisioterapeuta, mas o sistema deve avisar (red flag) a gestão do plano caso haja 4 (quatro) sessões concomitantes com fisioterapeutas diferentes na mesma modalidade no período de 1 (um) mês. Pode ser realizada em grupo de até 3 (três) pessoas.	Titulares e dependentes	Beneficiário	Sim	Não	80 sessões	R\$ 43,40	10%	Biometria	1 dia
Sessão de RPG	8004	São as sessões que se seguem à consulta inicial. É permitido que o beneficiário tenha sessões com mais de um fisioterapeuta, mas o sistema deve avisar (red flag) a gestão do plano caso haja 4 (quatro) sessões concomitantes com fisioterapeutas diferentes na mesma modalidade no período de 1 (um) mês.	Titulares e dependentes	Beneficiário	Sim	Não		R\$ 43,40	10%	Biometria	1 dia
Falta não justificada	8005	Consulta não demarcada com pelo menos 6 horas de antecedência do horário agendado. Deve ser atestada pelo beneficiário no sistema, sendo dispensada quando for utilizado o recurso de agendamento online	Titulares e dependentes	Titular	Não	Sim		R\$ 43,40	100%	Agendamento online ou Ateste do Titular no sistema	1 dia

Tabela 4. Regras de Reembolso - Categoria Fisioterapia

Regras de Reembolso Fisioterapia 2023 - TRTer Saúde								
Procedimento	Código	Beneficiário	Número máximo de credenciados no local de prestação de serviço	Documento para Download e Upload	Limite no ano civil por beneficiário	Valor Máximo para reembolso	Prazo para Renovar solicitação	Evidência de Utilização
Sessão de Pilates	8006	Titulares e dependentes	1 (a partir de 2 nega)	PAR-Q preenchido pelo beneficiário Documento 5 do Anexo VI	80	o menor dos valores entre o valor praticado pelo Prestador não credenciado e 90% do valor das Tabelas	Uma vez autorizados os procedimentos de Fisioterapia determinado pelo Prestador Não credenciado, a solução NAO deve solicitar nova autorização para aquele Beneficiário	Documento Fiscal
Sessão de RPG	8007	Titulares e dependentes	1 (a partir de 2 nega)	PAR-Q preenchido pelo beneficiário Documento 5 do Anexo VI	80	o menor dos valores entre o valor praticado pelo Prestador não credenciado e 90% do valor das Tabelas		

Tabela 5. Classificação dos Planos de Tratamento Odontológico (PTO) por Especialidade

Especialidade	Especificação de Classificação
Radiologia	Quando houver metade ou mais da metade dos procedimentos do PTO codificados na Tabela Geral de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos TRTer Saúde nesta especialidade (entre os códigos 210 a 275).
Diagnóstico e Prevenção	Quando houver metade ou mais da metade dos procedimentos do PTO codificados na Tabela Geral de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos TRTer Saúde nesta especialidade (entre os códigos 110 a 140 e 510).
DTM	Quando houver metade ou mais da metade dos procedimentos do PTO codificados na Tabela Geral de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos TRTer Saúde nesta especialidade (entre os códigos 610 e 620).
Dentística	Quando houver metade ou mais da metade dos procedimentos do PTO codificados na Tabela Geral de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos TRTer Saúde nesta especialidade (entre os códigos 910 a 1070).

Endodontia	Quando houver metade ou mais da metade dos procedimentos do PTO codificados na Tabela Geral de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos TRTer Saúde nesta especialidade (entre os códigos 2010 a 2150).
Periodontia	Quando houver metade ou mais da metade dos procedimentos do PTO codificados na Tabela Geral de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos TRTer Saúde nesta especialidade (entre os códigos 3020 a 3310).
Prótese	Quando houver metade ou mais da metade dos procedimentos do PTO codificados na Tabela Geral de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos TRTer Saúde nesta especialidade (entre os códigos 4010 a 4420).
Cirurgia e Estomatologia	Quando houver metade ou mais da metade dos procedimentos do PTO codificados na Tabela geral de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos TRTer Saúde nesta especialidade (entre os códigos 5010 e 5840).
Implantodontia	Quando houver metade ou mais da metade dos procedimentos do PTO codificados na Tabela Geral de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos TRTer Saúde nesta especialidade (entre os códigos 6010 e 6040).
Odontopediatria	Quando houver procedimento(s) no PTO codificado(s) de acordo com a especialidade Odontopediatria da Tabela geral de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos em Odontopediatria do TRTer Saúde.
Urgência 24H	Quando o tratamento for realizado por uma clínica de Urgência 24h credenciada.
Urgência 24H (Odontopediatria)	Quando o tratamento for realizado por uma clínica de Urgência 24h em Odontopediatria credenciada.

Tabela 6. Motivo de Não Autorização em Auditoria Odontológica

Códigos de Não Autorização de procedimentos auditados	
Código	Descrição do código
NA	Procedimento Não Autorizado
	CI Código Incorreto
	JI Justificativa Insuficiente
	NR Não Realizado
	RL Necessário Relatório e/ou fotografia
	SA realizado Sem Autorização prévia
	IR Não observado o Intervalo para Repetição
Motivos da Não Autorização	RX Necessário envio de exame de imagem
	TE Aguardar Tratamento Endodôntico
	O Outros

Tabela 7. Regras de Utilização - Programa de Assistência Farmacêutica (PAF)

Regras de Utilização PAF		
	Procedimentos	Regras de utilização
1	Doenças cobertas	Transtornos Mentais CID F00 a F99
		Neoplasias Malignas CID C00 a C97
		Cardíaca CID I50
2	Valor mínimo para solicitação de reembolso	R\$ 200,00
3	Motivos de indeferimento da solicitação de inclusão de medicamentos	I Código da Classificação Internacional de Doenças CID não coberto pelo Programa de Assistência Farmacêutica
		II Laudo médico não apresenta o Código da Classificação Internacional de Doenças CID
		III Laudo médico não apresenta o tempo previsto para o tratamento
		IV Laudo médico não apresenta o nome dos medicamento(s) (princípio ativo ou nome genérico)
		V Laudo médico não apresenta a discriminação das quantidades e dosagens mensais de cada medicamento
		VI Laudo médico não apresenta a forma de apresentação de cada medicamento;
		VII Laudo médico não apresenta o nome, assinatura e número do registro no conselho profissional do médico responsável
		VIII O Laudo médico apresenta medicações fornecidas pelo SUS
		IX Laudo médico emitido há mais de 90 dias
		X Outros
4	Hipóteses de renovação do laudo médico	I Quando houver alteração do medicamento
		II Quando houver suspensão temporária do medicamento
		III A pedido da Secretaria de Saúde
		IV Após 365 dias contados da aprovação da inclusão do medicamento solicitado
5	Validade da receita médica para reembolso	90 dias
6	Prazo de validade do documento fiscal para fins de reembolso	90 dias
7	Tabela CMED	https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos
8	Tabela Rename	https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/relacao-nacional-de-medicamentos-essenciais
9	Prazo máximo de tratamento para fins de reembolso	3 meses
10	Documentos exigidos para reembolso	I Receita médica
		II Documentos fiscais (ex. recibos ou notas fiscais)
		Medicamentos fornecidos pelo SUS, disponibilizados na <u>Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename</u> (item 8 desta tabela).
		I Medicamentos para tratamento de doenças não previstos na <u>Tabela de Cobertura e Valores do Programa de Assistência Farmacêutica</u>
		II Medicamentos de uso experimental, com eficácia ainda não reconhecida pela comunidade médica, ou que não tenham seus benefícios devidamente estabelecidos de acordo com os princípios da Prática Clínica Baseada em Evidência
		III

11	Medicamentos e produtos excluídos		IV	Medicamentos para uso diferente do aprovado em bula e/ou uso não registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa (uso off-label)
			V	Medicamentos sem registro na Anvisa
			VI	Produtos registrados na Anvisa como nutrientes ou produtos alimentares
			VII	Medicamentos de uso exclusivo hospitalar, durante internações, procedimentos realizados em ambulatórios ou em hospital-dia/clinica-dia
			VIII	Cosméticos, fitoterápicos e homeopáticos
			IX	Agulhas
			X	Seringas
			XI	Fitas para dosagens
			XII	Aparelhos ortopédicos
			XIII	Meias
			XIV	Sondas
			XV	Bolsas coletoras e outros coadjuvantes similares
			I	Pós
			II	Granulados
			III	Comprimidos
			IV	Drágeas
			V	Cápsula
12	Formas de Apresentação		VI	Supositório
			VII	Óvulo
			VIII	Soluções
			IX	Xaropes
			X	Elixíres
			XI	Suspensões
			XII	Emulsões
			XIII	Injetáveis
			XIV	Tinturas

			XV	Extratos
			XVI	Aerossóis (sprays)
			I	Receita médica com data de emissão superior a 90 dias, contados da solicitação do reembolso
			II	Valor de reembolso solicitado é inferior ao mínimo autorizado pelo Programa
			III	O documento fiscal contém medicamentos ou produtos para os quais o beneficiário não está autorizado a solicitar o reembolso
			IV	Data de emissão do documento fiscal anterior à autorização da inclusão do medicamento no Programa
			V	Data de emissão do documento fiscal superior a 90 dias, contados da solicitação do reembolso
			VI	Outros
		Motivos de indeferimento de reembolso		
		13		

Tabela 8. Regras de Utilização e Reembolso Categoria Programa de Imunização

Regras de Utilização Reembolso Programa de Imunização 2023 - TRTer Saúde												
Código	Procedimento	Valor	Beneficiário	Faixa Etária	Exceção	Autorização do Titular	Nº de Doses	Coparticipação	Intervalo mínimo entre Doses	Reembolso	Evidência	Exceção fora das regras
28.18.001-3	HEPATITE A	175,00	Titular e Dependentes	A partir de 0 anos	Bloquear idade entre 18 meses e 4 anos, 11 meses e 29 dias	Sim	2 doses	Não	6 meses	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
28.18.002-5	HERPES ZOSTER (ZOSTAVAX)	519,80	Titular e Dependentes	A partir de 50 anos	Abaixo de 50 necessário pedido médico	Não	1 dose	Não	–	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
							1 dose anual. (OBS.: de 0 a 9 anos, quando for a primeira vez que se vacina, são duas doses, com intervalo de 30 dias)					
28.18.003-7	INFLUENZA TETRAVALENTE	94,03	Titular e Dependentes	A partir de 0 anos		Sim, até 18 anos		Não	1 mês	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
			Titular e Dependentes	A partir de 60 anos	Abaixo de 60 necessário pedido médico.	Não	1 dose	Não	–	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
28.18.004-9	PNEUMOCÓCICA	277,50	Titular e Dependentes	0 a 9 anos	Bloquear idade entre 9 e 59 anos, 11 meses e 29 dias.	Sim, até 18 anos	3 doses	Não	2 meses	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
	DIFTERIA, TETANO E COQUELUCHE (TRIPLE BACTERIANA ACELULAR)	183,75	Titular e Dependentes	A partir de 0 anos		Sim, até 18 anos	3 doses (Reforço a cada 10 anos)	Não	2 meses	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
28.18.005-0												
28.18.006-2	VARICELA	220,00	Titular e Dependentes	A partir de 0 anos	Bloquear idade entre 2 anos e 5 anos, 11 meses e 29 dias.	Sim, até 18 anos	2 doses	Não	3 meses	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
28.18.007-4	HERPES ZOSTER (SHINGRIX)	842,83	Titular e Dependentes	A partir de 50 anos	Abaixo de 50 necessário pedido	Não	2 doses	Não	2 meses	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico

28.18.008-6	MENINGOCÓCICA ACVY	374,11	Titular e Dependentes	0 a 19 anos	Acima de 19 anos necessário pedido médico	Sim, até 18 anos	4 doses	Não	2 meses	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
28.18.009-8	MENINGOCÓCICA B	630,56	Titular e Dependentes	0 a 19 anos	Acima de 19 anos necessário pedido médico	Sim, até 18 anos	3 doses	Não	1 mês	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
28.18.010-0	PENTAVALENTE	280,94	Titular e Dependentes	A partir de 0 anos		Sim, até 18 anos	3 doses	Não	2 meses	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
28.18.011-1	HEXAVALENTE	316,88	Titular e Dependentes	A partir de 0 anos		Sim, até 18 anos	2 doses	Não	2 meses	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
28.18.012-3	ROTAVIRUS PENTAVALENTE	260,06	Titular e Dependentes	<=7 meses e 29 dias	Bloquear a partir de 8 meses.	Sim, até 18 anos	3 doses	Não	2 meses	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
28.18.013-5	HPV 9	969,42	Titular e Dependentes	9 a 14 anos: 2 doses 15 e 45 anos: 3 doses		Sim, até 18 anos	2 doses	Não	6 meses	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico
28.18.014-6	Qdenga	445,00	Titular e Dependentes	4 a 60 anos	Bloquear idade abaixo de 4 anos e maior que 60 anos.	Sim, até 18 anos	3 doses	Não	2 meses	100% do valor pago	Biometria	Apresentação de pedido médico

Tabela 9. Regras de Reembolso Categoria Odontologia

Regras de Utilização Por Local de Prestação dos Serviços - Odontologia - 2023			Valores	
Tipo de tratamento		Cidade de prestação do serviço		Valores a serem reembolsados
Tratamento eletivo - não urgente, que depende de autorização prévia/auditoria inicial para sua realização (conforme previsto nas Tabelas de Normas Técnicas e Honorários de Odontologia). Declaração obrigatória no envio do pedido de autorização de procedimento: Declaração 007. Documento obrigatório ao término do(s) procedimento(s): Documento 2.			Cidade onde o serviço será prestado tem pelo menos 1 (um) credenciado na especialidade procurada.	Cidade onde o serviço será prestado não tem credenciado na especialidade procurada.
			Não é permitido o reembolso, mas o beneficiário pode enviar solicitação com justificativa para realizar o plano de tratamento com um dentista não credenciado.	É permitido o reembolso.
Cidade onde o serviço foi prestado tem pelo menos 1 (um) credenciado na especialidade procurada.			Cidade onde o serviço foi prestado não tem credenciado na especialidade procurada.	
Não é permitido o reembolso, mas o beneficiário pode enviar solicitação com justificativa para realizar o plano de tratamento com um dentista não credenciado.			É permitido o reembolso.	
Tratamento urgente - já realizado (conforme previsto nas Tabelas de Normas Técnicas e Honorários de Odontologia). Declaração obrigatória no envio do pedido de autorização de procedimento: Declaração 007. Documento obrigatório ao término do(s) procedimento(s): Documento 2.			Até 90% do valor de cada procedimento autorizado e realizado, com base na Tabela Geral de Normas Técnicas e Honorários Odontológicos do TRTer Saúde (o menor dos valores entre o valor praticado pelo dentista não credenciado e 90% do valor das Tabelas).	
Tratamento urgente - já realizado (conforme previsto nas Tabelas de Normas Técnicas e Honorários de Odontologia). Declaração obrigatória no envio do pedido de autorização de procedimento: Declaração 007. Documento obrigatório ao término do(s) procedimento(s):			É permitido o reembolso de tratamento caracterizado como urgente em qualquer cidade.	

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusências	Inclusão
210	Radiografia Periapical	<p>As solicitações de radiografias deverão ser emitidas por cirurgiões-dentistas com assinatura e carimbo, constando o(s) dente(s), tipo de radiografia e região a ser visualizada. Não serão aceitos pedidos rasurados. Quando for efetuada solicitação para série radiográfica completa, o limite máximo de radiografias inclui 14 periapicais e 4 interproximais. As películas radiográficas e as imagens enviadas por meio eletrônico para auditoria devem ser identificadas com o nome do paciente, nome do cirurgião-dentista e data de realização. As imagens devem ter boa nitidez, foco e contraste adequados, permitindo boa visualização para o diagnóstico. Todas as radiografias solicitadas devem ser apresentadas na auditoria.</p>	Não	Sim	Sim	Não	R\$ 14,00	Não	10%		<p>Possíveis tomadas radiográficas: incisivos superiores, caninos superiores (direito e esquerdo), pré-molares superiores (direito e esquerdo), molares superiores (direito e esquerdo), molares inferiores (direito e esquerdo), pré-molares inferiores (direito e esquerdo), incisivos inferiores</p> <p>Até 14 para um mesmo beneficiário, por dia, no mesmo credenciado.</p>
220	Radiografia Bite-Wing (interproximal) - 1 tomada		Não	Sim	Sim	Não	R\$ 14,00	Não	10%	Até 4 para um mesmo beneficiário, por dia, no mesmo credenciado.	<p>Possíveis tomadas radiográficas: molar esquerdo, molar direito, pré-molar esquerdo e pré-molar direito.</p> <p>Até 4 para um mesmo beneficiário, por dia, no mesmo credenciado.</p>
230	Radiografia oclusal		Não	Sim	Sim	Não	R\$ 30,00	Não	10%		<p>Tomadas possíveis: superior total, superior parcial, inferior total e inferior parcial</p> <p>Até 4 para um mesmo beneficiário, por dia, no mesmo credenciado.</p>
250	Radiografia da ATM: série completa - 3 incidências		Não	Sim	Sim	Sim	R\$ 110,00	Não	10%	Até 6 para um mesmo beneficiário, por dia, no mesmo credenciado.	

260	Radiografia Panorâmica		Não	Sim	Sim	Não	R\$ 55,00	Não	10%	Até 1 para um mesmo beneficiário, por dia, no mesmo credenciado.	
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	Coparticipação	Regras exclusdências	Inclusão
270	Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam até 2 dentes	O dentista ou beneficiário deverá enviar para auditoria o Formulário de Autorização de Tomografia do TRTer Saúde preenchido de forma completa. O documento autorizado deverá ser apresentado no dia do exame. Para tratamento endodôntico poderá ser autorizado um único exame na fase de diagnóstico.	Sim	Sim	Sim (na auditoria final, se solicitado pelo auditor)	Formulário de autorização de tomografias	R\$ 220,00	Não	10%		
271	Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam até 4 dentes		Sim	Sim			R\$ 270,00	Não	10%		
272	Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam até 6 dentes		Sim	Sim			R\$ 320,00	Não	10%		
273	Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam Maxila ou Mandíbula Total		Sim	Sim			R\$ 350,00	Não	10%		
274	Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam da ATM 1 incidência		Sim	Sim			R\$ 220,00	Não	10%		
275	Tomografia Computadorizada tipo Cone Beam da ATM 2 incidências		Sim	Sim			R\$ 350,00	Não	10%		
PREVENÇÃO											
Utilização: Beneficiários a partir de 12 anos completos.											
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusdências	Inclusão
510	Profilaxia	A profilaxia faz parte do plano de tratamento e só deve ser cobrada separadamente quando não houver outros procedimentos a serem realizados. Inclui polimento coronário, raspagem supragengival, evidencição de placa, controle de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor e orientação sobre conceitos relativos à higiene oral, dieta, prevenção de doenças bucais e de hábitos nocivos e parafuncionais. O beneficiário está dispensado da auditoria inicial, porém, deve ser observado o intervalo mínimo de 06 (seis) meses em relação ao código 510 e 001, ressalvados os casos de necessidade devidamente confirmada em auditoria prévia.	Não	Sim	Não	Não	R\$ 150,00	6 meses	10%	Não permitir a autorização concomitante com o código de EOP 001.	

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL										
Utilização: Beneficiários a partir de 12 anos completos.										
1. Todos os ajustes necessários à adaptação inicial das placas estão incluídos no valor das mesmas.										
2. Para casos de tratamento de DTM, poderá ser utilizado o código 110 para consultas, com intervalo mínimo de 1 (um) mês, até o limite máximo de 6 (seis) consultas. O dentista deverá enviar justificativa fundamentada, que será analisada pela auditoria.										
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Inclusão
610	Placa Interoclusal Acrílica	Deverá ser confeccionada em resina acrílica termopolimerizada e do tipo Michigan, cujas características estão amplamente difundidas na literatura. Caso haja a intenção de se utilizar outro tipo de placa, deverá ser enviada à auditoria inicial uma solicitação por escrito, acompanhada da literatura científica pertinente, ficando tal solicitação sujeita à aprovação pela auditoria.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 593,00	24 meses	10%	
620	Placa Reposicionadora Mandibular	Deverá ser confeccionada em resina acrílica termopolimerizada. Os ajustes estão incluídos.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 593,00	24 meses	10%	
DENTÍSTICA										
Utilização: Beneficiários a partir de 12 anos completos.										
1.É obrigatório constar no PTO todas as faces envolvidas nas restaurações.										
2.Não há cobertura para a troca de restaurações por motivos exclusivamente estéticos.										
3.Para efeito de avaliação final dos tratamentos de Dentística serão consideradas as seguintes características: condensação, adaptação marginal, contorno, escultura, polimento, pontos de contato, remoção de excessos, ajuste oclusal do elemento em questão e seu antagonista, conforto do paciente e harmonia estética.										
4. Estão incluídos nas restaurações em amálgama e resina os forramentos e polimentos necessários.										
5. Não serão aceitas radiografias panorâmicas para fins de auditoria.										
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Inclusão
910	Restauração de amálgama 1 face	Nas restaurações em amálgama deverão ser consideradas as faces envolvidas, independentemente da quantidade de preparos.	Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 85,00	24 meses	10%	Faces possíveis: O.I.M.D.V.L. Dentes possíveis: todos permanentes (18,17,16,15,14,13,12,11,21,22,23, 24,25,26,27,28,38,37,36,35,34,33,3 2,31,41,42,43,44,45,46,47,48) e todos os deciduos (55,54,53,52,51,61,62,63,64,65,75, 74,73,72,71,81,82,83,84,85)
920	Restauração de amálgama 2 faces		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 100,00	24 meses	10%	Faces possíveis: O.I.M.D.V.L. Dentes possíveis: todos permanentes (18,17,16,15,14,13,12,11,21,22,23, 24,25,26,27,28,38,37,36,35,34,33,3 2,31,41,42,43,44,45,46,47,48) e todos os deciduos (55,54,53,52,51,61,62,63,64,65,75, 74,73,72,71,81,82,83,84,85)

930	Restauração de amálgama 3 faces		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 115,00	24 meses	10%		Facas possíveis: O.M.D.V.L. Dentes possíveis: todos permanentes (18,17,16,15,14,13,12,11,21,22,23, 24,25,26,27,28,38,37,36,35,34,33,3 2,31,41,42,43,44,45,46,47,48) e todos os deciduos (55,54,53,52,51,61,62,63,64,65,75, 74,73,72,71,81,82,83,84,85)
940	Restauração de amálgama 4 faces		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 130,00	24 meses	10%		Facas possíveis: O.M.D.V.L. Dentes possíveis: todos permanentes (18,17,16,15,14,13,12,11,21,22,23, 24,25,26,27,28,38,37,36,35,34,33,3 2,31,41,42,43,44,45,46,47,48) e todos os deciduos (55,54,53,52,51,61,62,63,64,65,75, 74,73,72,71,81,82,83,84,85)
951	Restauração com Ionômero de vidro		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 80,00	24 meses	10%		Facas possíveis: O.M.D.V.L. Dentes possíveis: todos permanentes (18,17,16,15,14,13,12,11,21,22,23, 24,25,26,27,28,38,37,36,35,34,33,3 2,31,41,42,43,44,45,46,47,48) e todos os deciduos (55,54,53,52,51,61,62,63,64,65,75, 74,73,72,71,81,82,83,84,85)
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão
960	Restauração em resina fotopolimerizável classe I, III, IV, V, desgaste incisal e spot filling	O código 960 se refere às restaurações em resina composta para cavidades Classe I, III, IV e V, para desgastes incisais e cavidades tipo "spot filling" (proximal de posteriores), sendo pagas por preparo, limitados a dois por dente. Necessidade não visualizada ao raiol X, faz-se necessário o envio de relatório com dados clínicos que justifiquem o procedimento proposto e ou fotografia intraoral eschtracodora.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 100,00	24 meses	10%	Classe V: faces vestibular e lingual de todos os dentes exceto a face lingual dos dentes anteriores superiores (13,12,11,21,22,23). Classe I: occlusal de dentes posteriores (18,17,16,15,14,24,25,26,27,28,34, 35,36,37,38,44,45,46,47,48). Lingual dos dentes anteriores superiores (13,12,11,21,22,23); vestibular dos molares inferiores (36,37,38,46,47,48) e lingual dos molares superiores (18,17,16,28,27,26). Classe II: mesial distal de todos os dentes posteriores (18,17,16,15,14,24,25,26,27,28,34, 35,36,37,38,44,45,46,47,48). Classe III: mesial e distal dos dentes anteriores (13,12,11,21,22,23,43,42,41,31,32, 33).	Classe V: faces vestibular e lingual de todos os dentes exceto a face lingual dos dentes anteriores superiores (13,12,11,21,22,23). Classe I: occlusal de dentes posteriores (18,17,16,15,14,24,25,26,27,28,34, 35,36,37,38,44,45,46,47,48). Lingual dos dentes anteriores superiores (13,12,11,21,22,23); vestibular dos molares inferiores (36,37,38,46,47,48) e lingual dos molares superiores (18,17,16,28,27,26). Classe II: mesial distal de todos os dentes posteriores (18,17,16,15,14,24,25,26,27,28,34, 35,36,37,38,44,45,46,47,48). Classe III: mesial e distal dos dentes anteriores (13,12,11,21,22,23,43,42,41,31,32, 33).

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão
961	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 ou mais preparos no mesmo dente	Os procedimentos não são pagos por faces e sim pela quantidade de preparos. Caso haja 3 (três) ou mais preparos, os procedimentos serão enquadrados no código 961.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 210,00	24 meses	10%		
980	Restauração em resina fotopolimerizável classe II	Restaurações ocluso-proximal em dentes posteriores.	Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 155,00	24 meses	10%		
990	Faceta em resina	Obrigatório o envio de radiografia e fotografia intrabucal.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 165,00	24 meses	10%		
1030	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro ou resina composta	Autorizados apenas para dentes com tratamento endodôntico que receberam restaurações indiretas (coroas, retentores de pontes fixas, RMF's, cerômeros) e com quantidade suficiente de remanescente dentinário.	Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 110,00	24 meses	10%		
1070	Pinos de retenção (excluindo a restauração)		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 12,00	24 meses	10%		

ENDODONTIA

Utilização: Beneficiários a partir de 12 anos completos.

1.Os tratamentos e retratamentos endodônticos têm sua autorização condicionada à avaliação do prognóstico do dente, considerando os aspectos periodontal e restauradores envolvidos na manutenção do mesmo.

2.Todos os tratamentos e retratamentos endodônticos deverão ser realizados sob isolamento absoluto.

3. Os equipamentos tecnológicos utilizados no tratamento e retratamento endodôntico, tais como microscópio e laser para PDT, não interferem no valor final dos procedimentos.

4.Todas as radiografias necessárias para o tratamento endodôntico estão incluídas no valor final, exceto a que serve para diagnóstico, quando realizada pelo credenciado em seu consultório.

5. Devem ser enviadas para a auditoria final as radiografias inicial e final do tratamento endodôntico, cartonadas ou por meio digital, identificadas e datadas.

6. A auditoria final do tratamento endodôntico deverá ser realizada antes do início do procedimento restaurador.

7. Na auditoria final serão avaliados os aspectos clínicos e radiográficos do tratamento, sendo que a obstrução deve ser densa, seguir a anatomia dos canais radiculares e se estender até o ápice radiográfico ou aproximadamente 1mm aquém do mesmo. Qualquer resultado diferente deste deve ser justificado em relatório anexo ao PTO para que seja analisado pela auditoria.

8. Nos casos de auditoria apenas documental, é obrigatório o envio de relatório detalhado constando os dados clínicos que justifiquem a indicação do tratamento (dados de sintomatologia, testes de sensibilidade pulpares e outros), podendo ser solicitada a auditoria presencial, a critério da auditoria.

9. Quaisquer fatos inesperados durante o tratamento endodôntico tais como fratura de instrumentos, extravasamento de material obturador e perfuração radicular, deverão ser objeto de relatório, no qual deve constar a ciência do paciente. É responsabilidade do profissional que realizou o tratamento fazer o controle com acompanhamento clínico e radiográfico do caso, assumindo o ônus dos atendimentos.

2010	Tratamento endodôntico incisivos e caninos		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 230,00	24 meses	10%	<p>→ não permitir a inclusão do código 2120 (pulpectomia) para o mesmo credenciado.</p> <p>→ não permitir a inclusão simultânea dos códigos 960, 961, 980, 1030, 910,920,930,940,951,4040,4051,4060, 4080,4081,4130,4140,4150,4160,4170, 4190,4191,4200 para o mesmo dente.</p> <p>Possíveis dentes: 13,12,11,21,22,23,33,32,31,41,42,43</p>
2020	Tratamento endodôntico pré-molares	Em caso de tratamento endodôntico por finalidade protética, deve ser enviado relatório anexo ao PTO com justificativa e solicitação do clínico geral ou do protesista.	Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 310,00	24 meses	10%	<p>→ não permitir a inclusão do código 2120 (pulpectomia) para o mesmo credenciado</p> <p>→ não permitir a inclusão simultânea dos códigos 960, 961, 980, 1030, 910,920,930,940,951,4040,4051,4060, 4080,4081,4130,4140,4150,4160,4170, 4190,4191,4200 para o mesmo dente</p> <p>Possíveis dentes: 15,14,24,25,34,35,44,45</p>
2040	Tratamento endodôntico molares		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 460,00	24 meses	10%	<p>→ não permitir a inclusão simultânea dos códigos 960, 961, 980, 1030, 910,920,930,940,951,4040,4051,4060, 4080,4081,4130,4140,4150,4160,4170, 4190,4191,4200 para o mesmo dente</p> <p>Possíveis dentes: 48,47,46,38,37,36,28,27,26,18,17,16</p>
2050	Retratamento endodôntico incisivos e caninos	Nos valores de retratamento endodôntico estão incluídas a desobstrução dos condutos e demais etapas do tratamento.	Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 295,00	24 meses	10%	<p>→ não permitir a inclusão simultânea dos códigos 960, 961, 980, 1030, 910,920,930,940,951,4040,4051,4060, 4080,4081,4130,4140,4150,4160,4170, 4190,4191,4200 para o mesmo dente</p> <p>Possíveis dentes: 13,12,11,21,22,23,33,32,31,41,42,43</p>
2060	Retratamento endodôntico pré-molares		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 365,00	24 meses	10%	<p>→ não permitir a inclusão simultânea dos códigos 960, 961, 980, 1030, 910,920,930,940,951,4040,4051,4060, 4080,4081,4130,4140,4150,4160,4170, 4190,4191,4200 para o mesmo dente</p> <p>Possíveis dentes: 15,14,24,25,34,35,44,45</p>
2080	Retratamento endodôntico molares	Nos valores de retratamento endodôntico estão incluídas a desobstrução dos condutos e demais etapas do tratamento.	Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 595,00	24 meses	10%	<p>→ não permitir a inclusão simultânea dos códigos 960, 961, 980, 1030, 910,920,930,940,951,4040,4051,4060, 4080,4081,4130,4140,4150,4160,4170, 4190,4191,4200 para o mesmo dente</p> <p>Possíveis dentes: 48,47,46,38,37,36,28,27,26,18,17,16</p>
2090	Tratamento de perfuração radicular (por dente)		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 165,00	24 meses	10%	
2100	Remoção de pino intraradicular (por dente)	A remoção de cones de prata ou de instrumento fraturado está incluída neste item. Não autorizado para remoção de provisórias com pino ou restaurações metálicas com retenção na câmara pulpar.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 150,00	24 meses	10%	
2120	Pulpotomia/pulpectomia	A pulpectomia será autorizada em situações de urgência e somente quando realizada por profissional que não seja o responsável pelo tratamento endodôntico definitivo.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 95,00	Procedimento único	10%	Não permitir a cobrança concomitante com os códigos 2010, 2020 e 2040 para o mesmo credenciado, no mesmo dia.

2130	Clareamento dental endógeno (por dente)	Autorizado para dentes anteriores ou pré-molares não vitais, com remanescente coronário suficiente para indicação do tratamento. Abrange todas as etapas, inclusive desobstrução parcial e selamento do conduto, bem como as sessões necessárias. O beneficiário deve ser esclarecido sobre os riscos e o prognóstico do tratamento. Na auditoria inicial será avaliada a qualidade do tratamento endodôntico como pré-requisito para autorização do procedimento.	Sim	Sim	Inicial (a aplicação do tratamento endodôntico)	Sim	R\$ 175,00	24 meses	10%		
2140	Preparo para pino intra-radicular (por dente)	O preparo para o pino deverá ter 2/3 ou no mínimo metade do comprimento entre a crista óssea alveolar e ápice radicular e devem ser preservados de 3 a 5 mm de obturação apical. Poderá ser realizado pelo profissional que executou o tratamento endodôntico, desde que solicitado pelo protésista ou pelo clínico.	Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 60,00	24 meses	10%		
2150	Tratamento de dentes com rizogênese incompleta (por sessão)		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 80,00	24 meses	10%		
PERIODONTIA											
Utilização: Beneficiários a partir de 12 anos completos.											
1. Entende-se por segmento: Anterior (canino a canino), Posterior (pré-molares e molares).											
2. Nas intervenções cirúrgicas estão incluídas a troca de cimento cirúrgico, drenagem de abscessos e eventuais curativos pós operatórios.											
3. O beneficiário deverá ser encaminhado para auditoria final somente após a remoção do cimento cirúrgico e suturas.											
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão
3020	Raspagem subgingival, alisamento/descontaminação radicular - por segmento máximo de 6	Deverá ser enviado para auditoria inicial periodontograma completo contendo os dados clínicos (profundidade de sondagem, sangramento e perda de inserção) de todos os dentes presentes na boca no momento do exame.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 65,00	6 meses	10%		sextantes: S1, S2, S3, S4, S5 E S6 possíveis:
3050	Dessensibilização dentária (por segmento). Independente do número de sessões.	Permitido mediante justificativa e registro dos dentes envolvidos.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 25,00	6 meses	10%		
3060	Imobilização dentária com resina fotopolimerizável - área até 4 elementos	É obrigatório o envio de relatório com justificativa para o procedimento. Está dispensado de auditoria prévia em casos de urgência por traumatismo dentário.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 150,00	24 meses	10%		
3080	Remoção de fatores de retenção	Obrigatório o envio de justificativa e identificação dos fatores de retenção.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 60,00	24 meses	10%		
3110	Gengivectomia/ gengivoplastia (por segmento)		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 200,00	24 meses	10%		
3130	Sepultamento radicular (por raiz)		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 175,00	24 meses	10%		
3140	Cunha distal - mesial		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 175,00	24 meses	10%		
3150	Vestibuloplastia - por segmento		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 245,00	24 meses	10%		
3170	Enxerto autólogo livre de gengiva (por segmento)	Não permitida a cobrança concomitante com os códigos 3250, 3180 e 3190.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 290,00	24 meses	10%	Não permitir a cobrança concomitante, para a mesma região, com os códigos 3250, 3180, 3240 e 3190	

[illegible]

2. Nos casos de prótese parcial removível e prótese total o beneficiário deverá ser encaminhado para auditoria final somente após o tempo mínimo de 1 (uma) semana de uso da prótese, com os ajustes realizados.											
3. Nos casos de próteses unitárias e ponte fixas, a radiografia deverá ser do(s) dente(s) a receber(em) o trabalho protético, e nos casos de próteses removíveis (PPR), radiografia dos dentes remanescentes/pilares (também aptos a receberem a prótese).											
4. Para efeitos de avaliação final dos tratamentos de prótese serão consideradas as seguintes características: adaptação marginal, contorno, escultura, polimento, pontos de contato, remoção de excessos, ajuste oclusal do elemento em questão e seu antagonista, conforto do paciente e harmonia estética.											
5. Não serão aceitas radiografias panorâmicas para fins de auditoria, exceto para os códigos 4010, 4230 e 4300.											
6. Limite de Prótese: Quando aplicável, será informado na Tabela.											
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão
4010	Planejamento em prótese- modelo de estudo montado em articulador semi-ajustável	Permitido nos casos complexos envolvendo próteses extensas, reabilitação oral e concomitante aos códigos 610, o 620. Se caracterizar por montagem de modelos de estudo em articulador semi-ajustável para análise oclusal. Não se aplica para modelos de trabalho.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 106,00	24 meses	10%		
4020	Remoção de restaurações metálicas fundidas, coroas totais metálicas e metalocerâmicas	Não aplicável a restaurações de resina, amálgama, ionômero de vidro, cerâmicas e cerâmicas puras.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 50,00	Procedimento único	10%		
4030	Ajuste oclusal por desgaste	Ajustes realizados nas superfícies dentárias. Não se aplica aos ajustes realizados nas placas oclusais. É obrigatória a apresentação, junto ao PTO, da justificativa fundamentada para a execução do procedimento, a ser analisada pela auditoria. Máximo 2 sessões.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 70,00	24 meses	10%		
4040	Restauração metálica fundida		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 482,00	24 meses	10%		todas as faces (M.D.O.V.L.P.) dos dentes posteriores (18,17,16,15,14,24,25,26,27,28,34, 35,36,37,38,44,45,46,47,48)
4051	Restauração em cerômero - Inlay ou onlay		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 553,00	24 meses	10%		todas as faces (M.D.O.V.L.P.) dos dentes posteriores (18,17,16,15,14,24,25,26,27,28,34, 35,36,37,38,44,45,46,47,48)
4060	Restauração em porcelana - Inlay ou onlay		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 750,00	24 meses	10%		todas as faces (M.D.O.V.L.P.) dos dentes posteriores (18,17,16,15,14,24,25,26,27,28,34, 35,36,37,38,44,45,46,47,48)
4070	Recimentação definitiva de trabalhos protéticos	Não permitido dentro do período de garantia com o dentista executor do trabalho protético. Passa por procedimento de recimentação. Não contempla refinação provisória de coroas e trabalhos protéticos, apenas a recimentação definitiva de um trabalho feito anteriormente.	Não	Sim	Não	Sim	R\$ 70,00	24 meses	10%		
4080	Núcleo metálico fundido		Sim	Sim	Inicial (Participal)	Não	R\$ 266,00	24 meses	10%		
4081	Pino Intra canal pré-fabricado (metal ou fibra)	Meio de retenção para núcleo de preenchimento, independente do número de unidades.	Sim	Sim	Inicial (Participal)	Não	R\$ 90,00	24 meses	10%		
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão

4088	Provisória para coroas parciais, restaurações metálicas fundidas ou restaurações estéticas indiretas		Sim	Sim	Não	Não	R\$ 100,00	24 meses	10%		
4090	Provisória para coroa total unitária e retenções/pontos de prótese fixa múltipla	Não serão pagas repetições ou refixações de restaurações provisórias ao profissional responsável pelo tratamento. Para o código 4100 é obrigatória a apresentação junto ao PTO de justificativa fundamentada para a execução do procedimento, a ser analisada pela auditoria.	Sim	Sim	Não	Não	R\$ 140,00	24 meses	10%		
4100	Provisória para coroa total prensada em resina acrílica termopolimerizada		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 216,00	24 meses	10%		
4120	Provisória para coroa implanto suportada (componentes incluídos)		Sim	Sim	Inicial (implante)	Não	R\$ 216,00	24 meses	10%		
4130	Coroa Total em Cerâmica Pura		Sim	sim	Inicial (Periapical)	sim	R\$ 955,00	24 meses	10%		
4140	Coroa Metalocerâmica		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 955,00	24 meses	10%		
4150	Coroa de Veneer		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 532,00	24 meses	10%		
4160	Coroa Total Metálica		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 512,00	24 meses	10%		
4170	Coroa 4/5		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 492,00	24 meses	10%		
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão
4190	Prótese Fixa Múltipla Metalocerâmica (por elemento estético)	Próteses fixas serão pagas por elemento, levando-se em consideração o tipo de preparo e o material utilizado para cada elemento.	Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 1.005,00	24 meses	10%		
4191	Prótese fixa múltipla metalocerâmica, por elemento não estético (retentor tipo coroa total metálica, 4/5 ou MOD onlay)		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 743,00	24 meses	10%		
4200	prótese fixa metaloplástica, por elemento estético		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 642,00	24 meses	10%		
4201	prótese fixa metaloplástica, por elemento não estético (retentor tipo coroa total metálica, 4/5 ou MOD onlay)		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 603,00	24 meses	10%		

4210	prótese fixa adesiva direta	É aprovada em caráter provisório, não sendo pagas consultas para refiação.	Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 262,00	24 meses	10%		
4240	prótese parcial removível provisória em resina acrílica, com ou sem grampo		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 482,00	24 meses	10%		
4250	prótese parcial removível c/ grampos bilateral		Sim	Sim	Inicial (Periapical dos dentes pilares)	Sim	R\$ 1.205,00	24 meses	10%		
4260	prótese parcial removível p/ encaixes		Sim	Sim		Sim	R\$ 1.346,00	24 meses	10%		
4270	encaixe macho e fêmea (attachment)	Refere-se a sistema macho/fêmea pré-fabricado ou encaixe de precisão indicado para casos de próteses fixas múltiplas como suporte de próteses removíveis (de encaixe).Deve estar incluído e fundido junto às estruturas metálicas, podendo ser intra ou extra coronário.	Sim	Sim		Sim	R\$ 522,00	24 meses	10%		
4271	encaixe macho e fêmea (fresado)	Refere-se a sistema macho /fêmea fresado, indicado para casos de próteses fixas como suporte de próteses removíveis com encaixe de semi-precisão. Deve ser fresado na estrutura da prótese fixa e apresentar o correspondente macho na prótese removível.	Sim	Sim		Sim	R\$ 252,00	24 meses	10%		
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão
4280	reembasamento prótese total removível, prensado com resina acrílica termopolimerizável	Permitido após no mínimo 3 (três) meses da instalação da prótese.	Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 240,00	24 meses	10%		
4290	prótese total	Autorizado com o intervalo mínimo de 90 dias após a instalação da prótese imediata. O beneficiário deverá ser encaminhado para a auditoria final após o tempo mínimo de 1 (uma) semana de uso da prótese, com os ajustes realizados.	Sim	Sim	Inicial (Periendental)	Sim	R\$ 1.288,00	24 meses	10%		
4300	prótese total caracterizada		Sim	Sim		Sim	R\$ 1.700,00	24 meses	10%		
4310	prótese total imediata, incluindo reembasamentos	O beneficiário deverá ser encaminhado para a auditoria final com os ajustes realizados.	Sim	Sim		Sim	R\$ 1.105,00	24 meses	10%		
4320	reembasamento prótese total ou parcial, a frio	Procedimento único. Indicado para prótese total imediata, quando necessário.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 100,00	24 meses	10%		
4340	ponto de solda	Poderão ser autorizados em número de (n-1), onde n é o número de pilares da ponte fixa.	Sim	Sim	Sim	Não	R\$ 130,00	24 meses	10%		
4350	guia cirúrgico p/ prótese imediata	Não se aplica como guia para instalação de implantes.	Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 200,00	24 meses	10%		
4370	jig ou front-plató		Sim	Sim	Não	Não	R\$ 50,00	24 meses	10%		
4380	conserto em prótese total ou parcial, inclusive substituição de dentes	Não autorizado dentro do intervalo mínimo para repetição para o profissional que executou a prótese. Não se aplica a ajustes de placas interoclusais acrílicas	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 120,00	24 meses	10%		

4400	prótese total sobre implante ("Over Denture") unitária	Não será autorizada a carga imediata sobre implantes, isto é, instalação de prótese definitiva imediatamente após a instalação dos implantes. Os componentes estão incluídos no valor do procedimento.	Sim	Sim	Inicial (implante)	Não	R\$ 2.410,00	24 meses	10%		
4410	prótese total sobre implantes tipo protocolo (por retentor)	Não será autorizada a carga imediata sobre implantes, isto é, instalação de prótese definitiva imediatamente após a instalação dos implantes. Os componentes estão incluídos no valor do procedimento.	Sim	Sim	Inicial (implante)	Não	R\$ 1.507,00	24 meses	10%		
4420	coroa unitária ou retentor de prótese fixa múltipla implanto suportado	Não será autorizada a carga imediata sobre implantes, isto é, instalação de prótese definitiva imediatamente após a instalação dos implantes. Os componentes estão incluídos no valor do procedimento. Não se aplica a pôncticos.	Sim	Sim	Inicial (implante)	Sim	R\$ 1.265,00	24 meses	10%	Não permitir a autorização concomitante com o código 6010	
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAIS e ESTOMATOLOGIA Utilização: Beneficiários a partir de 12 anos completos.											
1.Os tratamentos de complicações pós-cirúrgicas estão incluídos nos custos dos procedimentos e são de responsabilidade do profissional que os realizou.											
2.Nas intervenções cirúrgicas estão incluídas a troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós operatórios.											
3. O beneficiário deverá ser encaminhado para auditoria final somente após a remoção do cimento cirúrgico e suturas.											
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusdências	Inclusão
5010	exodontia	Para dentes permanentes com prognóstico desfavorável, já incluída remoção de suturas e alveoplastia, se indicada. Para os casos de indicação ortodôntica é obrigatório o envio da solicitação do ortodontista por escrito a auditoria.	Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 120,00	Procedimento único	10%	-não permitir a autorização concomitante, para a mesma região, com o código 6040 -não permitir a inserção futura ou concomitante para o mesmo dente dos seguintes códigos: 910, 920, 930,940,951,960,961,980,990, 1030,1070,2010,2020,2040,2050,2060 ,2080,2090,2100,2120,2130,2140,215 0,3130,3200,3210,3220,4040,4051,40 60,4080,4081,4088,4100,4130,4140,4 150,4160,4170,5110,5120,5130,5140, 5150,5160	
5020	exodontia + retalho	Para dentes permanentes com coroa e/ou raízes fraturadas ou fragilizadas, dentes anquilosados não inclusos, dentes com raízes com hipercementose, em contato com o seio maxilar, raízes amplamente divergentes e com curvaturas acentuadas, Presença de osso alveolar espesso ou denso, ou nos casos de acidentes trans operatórios na exodontia alveolar. Já incluída remoção de suturas e alveoplastia, se indicada.	Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 135,00	Procedimento único	10%	-não permitir a autorização concomitante, para a mesma região, com o código 6040 -não permitir a inserção futura ou concomitante para o mesmo dente dos seguintes códigos: 910, 920, 930,940,951,960,961,980,990, 1030,1070,2010,2020,2040,2050,2060 ,2080,2090,2100,2120,2130,2140,215 0,3130,3200,3210,3220,4040,4051,40 60,4080,4081,4088,4100,4130,4140,4 150,4160,4170,5110,5120,5130,5140, 5150,5160	
5040	alveoplastia (por segmento)		Sim	Sim	Inicial (Periapical)	Sim	R\$ 201,00	24 meses	10%		
5050	ulotomia	Não se refere a reabertura de implantes	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 98,00	24 meses	10%		

5060	biópsia de cavidade bucal		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 201,00	24 meses	coparticipação	Regras excluídas	Inclusão
5070	sulcoplastia por arcada		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 180,00	24 meses	10%		
5080	cirurgia para torus palatino		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 170,00	24 meses	10%		
5090	cirurgia para torus unilateral		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 140,00	24 meses	10%		
5100	cirurgia para torus mandibular bilateral		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 210,00	24 meses	10%		
5110	apicetomia uniradicular		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 220,00	24 meses	10%		
5120	apicetomia uniradicular com obturação retrógrada		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 250,00	24 meses	10%		
5130	apicetomia biradicular		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 256,00	24 meses	10%		
5140	apicetomia biradicular com obturação retrógrada		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 280,00	24 meses	10%		
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição			
5150	apicetomia triradicular		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 320,00	24 meses	10%		
5160	apicetomia triradicular com obturação retrógrada		Sim	Sim	Inicial e final	Sim	R\$ 356,00	24 meses	10%		
5170	frenectomia labial superior		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 180,00	24 meses	10%		
5180	frenectomia lingual		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 180,00	24 meses	10%		
5190	correção de bridas musculares		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 170,00	24 meses	10%		
5200	remoção de dentes inclusos ou impacados		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 316,00	Procedimento único	10%		
5210	cirurgia de osteoma e odontoma		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 220,00	Procedimento único	10%		
5220	cirurgia de cisto de desenvolvimento		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 254,00	Procedimento único	10%		
5230	marzipalização de cisto		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 240,00	Procedimento único	10%		
5240	remoção de corpo estranho no seio maxilar		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 240,00	Procedimento único	10%		
5250	sinusotomia		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 330,00	Procedimento único	10%		

5260	tratamento cirúrgico de fistula buco-sinusal ou buco-nasal com retalho		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 250,00	Procedimento único	10%		
5270	excisão de glândula sublingual		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 524,00	Procedimento único	10%		
5280	excisão de glândula submandibular		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 524,00	Procedimento único	10%		
5290	excisão de glândula parótida		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 828,00	Procedimento único	10%		
5300	excisão de rânula		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 416,00	Procedimento único	10%		
5310	excisão de tumor glândula salivar		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 524,00	Procedimento único	10%		
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusdências	Inclusão
5320	retirada de cálculo salivar		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 220,00	Procedimento único	10%		
5330	plastia do canal de stenon		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 482,00	Procedimento único	10%		
5340	excisão de mucocele		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 150,00	Procedimento único	10%		
5350	palatolabioplastia bilateral		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 572,00	Procedimento único	10%		
5360	tratamento cirurgico do lábio leporino		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 497,00	Procedimento único	10%		
5370	reconstrução parcial do lábio traumatizado		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 492,00	Procedimento único	10%		
5380	reconstrução total de lábio traumatizado		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 683,00	Procedimento único	10%		
5390	redução cirúrgica de luxação de ATM		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 482,00	Procedimento único	10%		
5400	tratamento cirúrgico para anquilose de ATM (plado)		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 622,00	Procedimento único	10%		
5410	tratamento cirúrgico para osteomielite dos ossos da face		Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 563,00	Procedimento único	10%		
5420	excisão de sutura de lesão da boca com rotação de retalho		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 372,00	Procedimento único	10%		
5430	suturas simples de face		Não	Sim	Não	Sim	R\$ 106,00	Procedimento único	10%		

5440	suturas múltiplas de face		Não	Sim	Não	Sim	R\$ 155,00	Procedimento único	10%		
5450	incisão de drenagem de abscesso extra-oral		Não	Sim	Não	Sim	R\$ 95,00	Procedimento único	10%		
5460	maxilectomia com ou sem esvaziamento orbitário		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 623,00	Procedimento único	10%		
5470	osteotomia e osteoplastia mandibula para prognatismo		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 843,00	Procedimento único	10%		
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão
5480	osteotomia e osteoplastia de mandibula para micrognatismo		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 794,00	Procedimento único	10%		
5490	osteotomia e osteoplastia de mandibula para laterognatismo		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 794,00	Procedimento único	10%		
5500	osteotomia osteoplastia de maxila tipo Ie fort I		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 690,00	Procedimento único	10%		
5510	osteotomia osteoplastia de maxila tipo Ie fort II		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 883,00	Procedimento único	10%		
5520	osteotomia osteoplastia e maxila tipo Ie fort III		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 1.070,00	Procedimento único	10%		
5530	reconstrução total de mandibula com enxerto ósseo ou prótese		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 975,00	Procedimento único	10%		
5540	reconstrução parcial de mandibula com enxerto ósseo ou prótese		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 778,00	Procedimento único	10%		
5550	reconstrução de sulco gengivo-labial		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 240,00	Procedimento único	10%		
5560	excisão em cunha de lábio e sutura		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 165,00	Procedimento único	10%		
5570	cirurgia de hipertrofia do lábio		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 364,00	Procedimento único	10%		
5580	cirurgia para microstomia		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 607,00	Procedimento único	10%		
5590	redução de fratura de ossos próprios do nariz		Não	Sim	Sim	Sim	R\$ 608,00	Procedimento único	10%		
5600	redução incruenta de fratura unilateral de mandibula		Não	Sim	Sim	Sim	R\$ 312,00	Procedimento único	10%		

5610	redução cruenta de fratura unilateral de mandíbula		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 518,00	Procedimento único	10%		
5620	redução incruenta de fratura bilateral de mandíbula		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 375,00	Procedimento único	10%		
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão
5630	redução cruenta de fratura bilateral de mandíbula		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 764,00	Procedimento único	10%		
5640	redução cruenta de fratura cominutiva de mandíbula		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 848,00	Procedimento único	10%		
5650	redução de fratura de côndilo mandibular		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 638,00	Procedimento único	10%		
5660	fraturas alvéolo-dentárias-redução cruenta		Não	Sim	Sim	Sim	R\$ 220,00	Procedimento único	10%		
5670	fraturas alvéolo-dentárias-redução incruenta		Não	Sim	Sim	Sim	R\$ 120,00	Procedimento único	10%		
5680	reimplante de dente por elemento	Procedimento de urgência. Esta incluída a imobilização.	Não	Sim	Não	Sim	R\$ 240,00	Procedimento único	10%	não permitir a solicitação concomitante, para a mesma região, com o código 3060	
5690	redução incruenta de fratura Ie fort I		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 352,00	Procedimento único	10%		
5700	redução incruenta de fratura Ie fort II		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 420,00	Procedimento único	10%		
5710	redução incruenta de fratura Ie for III		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 585,00	Procedimento único	10%		
5720	redução cruenta de fratura Ie fort I		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 613,00	Procedimento único	10%		
5730	redução cruenta de fratura Ie fort II		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 794,00	Procedimento único	10%		
5740	redução cruenta de fratura Ie fort III		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 903,00	Procedimento único	10%		
5750	fraturas complexas segmento fixo da face		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 573,00	Procedimento único	10%		
5760	fraturas complexas segmento da face com fixação pericraniana		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 723,00	Procedimento único	10%		
5770	fratura arco zigomático redução cirúrgica sem fixação		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 486,00	Procedimento único	10%		

Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão
5780	fratura de osso zigomático redução cirúrgica e fixação		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 613,00	Procedimento único	10%		
5790	osteoplastia zigomática maxilar		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 548,00	Procedimento único	10%		
5800	retirada de fios intra ou trans - osseo		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 70,00	Procedimento único	10%		
5810	retirada de bloqueio maxilo-mandibular		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 73,00	Procedimento único	10%		
5820	retirada de ancoragem e cerclagens		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 70,00	Procedimento único	10%		
5830	ulectomia		Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 90,00	24 meses	10%		
5840	cirurgia de cisto		Sim	Sim	Sim	Sim	R\$ 190,00	24 meses	10%		
IMPLANTODONTIA											
Utilização: Beneficiários a partir de 12 anos completos.											
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão
6010	Implante osseointegrável	Para auditoria inicial, deverá ser enviado planejamento protético integral detalhando o tipo de prótese sobre implante (unitária, espirotada, múltipla, aparafusada, cimentada, etc) e o tipo de conexão do(s) implante(s) que se deseja instalar (HE, HI, CM ou outra). Poderá ser autorizada a instalação imediata, precoce ou tardia, assim como a temporização imediata, sempre mediante justificativa embasada. Não será autorizada a carga imediata sobre implantes, isto é, instalação de prótese definitiva imediatamente após a instalação dos implantes. Para auditoria final é obrigatória a fixação no PTO da(s) etíquete(s) identificadora(s) do(s) implante(s) contendo marca, diâmetro, comprimento, tipo de conexão e código do produto. PTO é sem a devida identificação não serão pagos. O valor final a ser pago contempla eventual necessidade de qualquer modalidade de reabertura cirúrgica para acesso à plataforma do implante e confirmação da osseointegração. Não serão autorizados e pagos procedimentos complementares realizados durante a instalação do(s) implante(s) como enxertos ósseos e conjuntivos, uso de biomateriais, manobras extras para preparo dos alvéolos implantares, etc. Até que o implante esteja apto a receber a prótese definitiva, o profissional que realizou a cirurgia de instalação do(s) implante(s) é o responsável por eventuais complicações pós-cirúrgicas, inclusive a perda e a necessidade de remoção de implante e nova instalação.	Sim	Sim	RX e/ou Tomografia	Planejamento protético integral	R\$ 1.100,00	24 meses	10%	não permitir a autorização concomitante, para a mesma região, com os códigos 6040, 4420, 4410	
6020	Remoção de Implante dentário		Sim	Sim	Inicial (periapical)	Sim	R\$ 120,00	Procedimento único	10%		não permitir a autorização concomitante, para a mesma região, com os códigos 3290, 3300, 3310, 6040

6030	Levantamento de seio maxilar (por hemiarco)	Procedimento exclusivo para casos de pneumatização sinusal e/ou atrofia óssea alveolar em região posterior de maxila onde se pretende instalar implante(s) osseointegrável(s) como futuro suporte protético. Refere-se a cirurgia para levantamento do assoalho do seio maxilar, técnica Caldwell-Luc modificada (osteotomia lateral). Pode ser realizada previamente ou durante a instalação do(s) implante(s). O procedimento deve ser justificado por escrito, acompanhado de exame de imagem apropriado. Este código não contempla o levantamento realizado por meio da técnica de Summers concomitantemente à instalação do(s) implante(s). Caso haja a intenção de se realizar qualquer outra modalidade cirúrgica com o mesmo propósito, deverá ser enviada a auditoria inicial uma solicitação por escrito, acompanhada da literatura científica pertinente, ficando tal solicitação sujeita à aprovação pela auditoria. O credenciado que realizou a cirurgia é o responsável por eventuais complicações pós-cirúrgicas até o momento de liberação para instalação dos implantes.	Sim	Sim	Tomografia	Planejamento protético integral	R\$ 900,00	Procedimento único	10%	não permitir a autorização concomitante, para a mesma região, com os códigos 6040 e 3170, 3172, 3200, 3210, 3220, 3240, 3250, 3260, 3290, 3300, 3310, 5010 e 5020	Regras exclusões	Inclusão
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão	
6040	Cirurgia para aumento ósseo horizontal e/ou vertical em áreas edêntulas (por sextante)	Procedimento exclusivo como preparatório de áreas edêntulas cicatrizadas com atrofia óssea, para futura instalação de implante(s). Não autorizado no mesmo ato cirúrgico de exodontias e nem no período de cicatrização dos alvéolos. O procedimento deve ser justificado por escrito, acompanhado de exame de imagem apropriado e planejamento protético integral. Estão incluídas as técnicas cirúrgicas para aumento ósseo horizontal e/ou vertical (tenda, placa, tela, parafuso) e os enxertos ósseos (autólogo, alógeno, xenólogo, biomaterial, sticky bone, etc). Caso haja a intenção de se realizar qualquer outra modalidade cirúrgica com o mesmo propósito,deverá ser enviada à auditoria inicial uma solicitação por escrito, acompanhada da literatura científica pertinente, ficando tal solicitação sujeita à aprovação pela auditoria. O credenciado que realizou a cirurgia é o responsável por eventuais complicações pós-cirúrgicas até o momento de liberação para instalação dos implantes.	Sim	Sim	Tomografia	Planejamento protético integral	R\$ 900,00	Procedimento único	10%	Não permitir autorização concomitante com os códigos 6010, 5010, 5020 e 6030		
Modalidade: ODONTOLOGIA DOMICILIAR E HOSPITALAR Utilização: Todos os Beneficiários.												
Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	coparticipação	Regras exclusões	Inclusão			
Odontologia domiciliar	Acréscimo de 50% sobre o valor do procedimento da tabela. É necessário envio de relatório profissional demonstrando a condição do paciente que impossibilita o deslocamento ao consultório. O dentista deve deixar evidente no PTO que trata-se de atendimento domiciliar.	Sim	Sim	Sim	Acréscimo de 50% sobre o valor do procedimento da tabela	Observar o intervalo de repetição do procedimento	10% (sobre o valor do procedimento da tabela acrescido de 50%)					

Odontologia hospitalar		Acréscimo de 50% sobre o valor do procedimento da tabela. É necessário envio de relatório profissional demonstrando a necessidade de atendimento em ambiente hospitalar. O dentista deve deixar evidente no PTO que trata-se de atendimento hospitalar	Sim	Sim	Sim	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	Coparticipação	Regras exclusões	Inclusão
Utilização: Beneficiários dependentes de até 12 anos incompletos											
Código	Descrição do Procedimento	Observações	Auditoria Inicial	Auditoria Final	Exame de Imagem	Relatório e/ou fotografia	Valor	Intervalo para repetição	Coparticipação	Regras exclusões	Inclusão
710	Consulta inicial em Odontopediatria	A consulta inicial faz parte do plano de tratamento e só deve ser cobrada separadamente quando não houver outros procedimentos a serem realizados. Consulta presencial realizada no início do tratamento, que inclui as etapas de anamnese, exame clínico e radiográfico, elaboração do plano de tratamento odontológico (PTO), prescrições e orientações ao beneficiário sobre diagnóstico e prognóstico.	Não	Sim	Não	Não	R\$ 75,00	6 meses (o mesmo credenciado)	10,00%	Não pode ser cobrada concomitantemente com os códigos 712 e 713 (com o mesmo credenciado, no mesmo dia).	
712	Consulta de urgência (sábado, domingo, feriado e atendimento noturno - 22:00 às 6:00).	Considera-se consulta de urgência aquela destinada ao atendimento que não pode ser adiado ou dividido, na qual são adotadas medidas rápidas e imediatas para os casos de: odontalgias, hemorragias, abscessos, alveolites, fraturas dentárias e ósseas, deslocamentos de próteses e de restaurações com comprometimento estético. Não é permitido ao mesmo credenciado cobrar consulta de urgência para a realização de: procedimentos que estejam em garantia; procedimentos que estejam autorizados em PTO em andamento; procedimentos relacionados a outros já aprovados em PTO em andamento.	Não	Sim	Inicial (se urgência endodôntica)	Sim (com horário de atendimento)	R\$ 100,00	Não	10,00%	Não pode ser cobrada concomitantemente com os códigos 710 e 713 (com o mesmo credenciado, no mesmo dia).	
713	Consulta de urgência		Não	Sim	Inicial (se urgência endodôntica)	Sim	R\$ 80,00	Não	10,00%	Não pode ser cobrada concomitantemente com os códigos 710 e 712 (com o mesmo credenciado, no mesmo dia).	
714	Falta não justificada	Consulta não desmarcada com pelo menos 6 horas de antecedência do horário agendado. Deve ser atestada pelo beneficiário no PTO.	Não	Sim	Não	Sim	R\$ 75,00	Não	100,00%		
720	Profilaxia	A profilaxia faz parte do plano de tratamento e só deve ser cobrada separadamente quando não houver outros procedimentos a serem realizados. Inclui polimento coronário, raspagem supragingival, evidencição de placa, controle de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor e orientação sobre conceitos relativos à higiene oral, dieta, prevenção de doenças bucais e de hábitos nocivos.	Não	Sim	Não	Não	R\$ 150,00	6 meses	10,00%		
730	Restauração com Ionômero de vidro		Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 80,00	24 meses	10,00%		dentes e faces possíveis: todas faces (M, D, V, L/P, O/I) de todos dentes deciduos (54, 54,53,52,51,61,62,63,64,65,75,74,7, 3,72,71,81,82,83,84,85) e permanentes (17,16,15,14,13,12,11,21,22,23,24, 25,26,27,37,36,35,34,33,32,31,41,42,43,44,45,46,47)

731	Restauração em resina fotopolimerizável classe I, III, IV, V			Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 100,00	24 meses	10,00%		- Classe V: faces vestibular e lingual de todos os dentes deciduos (54, 54.53.52.51,61,62,63,64,65,75,74,7, 3,72,71,81,82,83,84,85) e permanentes (17,16,15,14,13,12,11,21,22,23,24, 25,26,27,37,36,35,34,33,32,31,41,4, 2,43,44,45,46,47), exceto a face lingual dos dentes anteriores superiores (13,12,11,21,22,23, 53,52,51,61,62,63). - Classe I: oclusal de dentes posteriores (17,16,15,14,24,25,26,27,34,35,36, 37,44,45,46,47, 55,54,65,64,74,75,84,85); lingual dos dentes anteriores superiores (13,12,11,21,22,23, 53,52,51,61,62,63); vestibular dos molares inferiores permanentes (36,37,38,46,47,48) e lingual dos molares superiores permanentes (18,17,16,28,27,26). - Classe III: mesial e distal dos dentes anteriores permanentes e deciduos (13,12,11,21,22,23,43,42,41,31,32, 33,53,52,51,61,62,63,71,72,73,81,8, 2,83). - Classe IV: mesial, distal e incisal de todos os dentes anteriores permanentes e deciduos(13,12,11,21,22,23,43,42,41,31,32,3, 3,53,52,51,61,62,63,71,72,73,81,82,83). mesial distal e oclusal de todos os dentes posteriores permanentes e deciduos (17,16,15,14,24,25,26,27,34,35,36, 37,44,45,46,47, 55,54,64,65,74,75,84,85)
732	Restauração em resina fotopolimerizável classe II	Restaurações ocluso-proximais.	Sim	Sim	Sim	Inicial	Não	R\$ 155,00	24 meses	10,00%		
740	Condicionamento comportamental	Máximo de 1 sessão, autorizada em casos de não cooperação para o atendimento, com justificativa.	Não	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 70,00	Procedimento único	10,00%	Permitir a inclusão apenas 1 vez para o mesmo credenciado	
750	Aplicação de selante (por elemento)	Autorizado apenas para primeiros e segundos molares permanentes, obedecendo os critérios de risco de cárie e fase eruptiva do dente.	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 58,00	Procedimento único	10,00%		Dentes possíveis: 17,16,26,27,37,36,46 e 47

760	Tratamento endodôntico em dentes deciduos	Todas as radiografias necessárias durante o tratamento endodôntico estão incluídas no valor final. Quaisquer fatos inesperados durante o tratamento endodôntico tais como fratura de instrumentos, extravasamento de material obturador e perfuração radicular, deverão ser objeto de relatório, no qual deve constar a ciência do responsável. É responsabilidade do profissional que realizou o tratamento fazer o controle com acompanhamento clínico e radiográfico do caso.	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 215,00	24 meses	10,00%		dentes possíveis: todos dentes deciduos (54, 54,53,52,51,61,62,63,64,65,75,74,7, 3,72,71,81,82,83,84,85)
765	Pulpotomia/pulpectomia	A pulpectomia será autorizada em situações de urgência e somente quando realizada por profissional que não seja o responsável pelo tratamento endodôntico definitivo. Está incluída a restauração temporária.	Não	Sim	Inicial	Sim	R\$ 95,00	Procedimento único	10,00%	não permitir a autorização do código 760 para o mesmo credenciado	dentes possíveis: todos os dentes permanentes, exceto 18, 28, 38 e 48, (17,16,15,14,13,12,11,21,22,23,24, 25,26,27,37,36,35,34,33,32,31,41,4 2,43,44,45,46,47) e todos os deciduos (54, 54,53,52,51,61,62,63,64,65,75,74,7, 3,72,71,81,82,83,84,85)
770	Ulotomia / ulectomia	Para autorização será considerado o Estágio de Nolla e posicionamento do germe do dentário. Para os casos de indicação ortodôntica é obrigatório o envio da solicitação para auditoria	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 98,00	Procedimento único	10,00%		
780	Exodontia de dente deciduo	Já incluída remoção de suturas, se indicada. Para os casos de indicação ortodôntica é obrigatório o envio da solicitação para auditoria.	Sim	Sim	Não	Sim	R\$ 75,00	Procedimento único	10,00%	não permitir a inserção futura ou concomitante para o mesmo dente dos seguintes códigos: 730,731,732,750,760,765	Dentes possíveis: todos os dentes deciduos (54, 54,53,52,51,61,62,63,64,65,75,74,7, 3,72,71,81,82,83,84,85) e permanentes (17,16,15,14,13,12,11,21,22,23,24, 25,26,27,37,36,35,34,33,32,31,41,4 2,43,44,45,46,47)
785	Imobilização dentária	Necessário o envio de relatório com dados clínicos e radiográficos que justifiquem o procedimento.	Não	Sim	Sim	Sim	R\$ 150,00	Procedimento único	10,00%		
790	Exodontia de dente permanente	Já incluída remoção de suturas, se indicada. Para os casos de indicação ortodôntica é obrigatório o envio da solicitação para auditoria	Sim	Sim	Inicial	Sim	R\$ 120,00	Procedimento único	10,00%		Dentes possíveis: 17,16,15,14,13,12,11,21,22,23,24,2 5,26,27,37,36,35,34,33,32,31,41,42 43,44,45,46,47
795	Reimplante de dente permanente (por elemento)	Está incluída a imobilização	Não	Sim	Sim	Sim	R\$ 240,00	Procedimento único	10,00%	não permitir a autorização concomitante com o código 785	