

## TABELA DE HONORÁRIOS ODONTOLÓGICOS - IPSEMG/2018

### OBSERVAÇÕES GERAIS DA TABELA

**CIRURGIA 1 e CIRURGIA 2** 1) Em todas as intervenções cirúrgicas estão previstos: preparo pré-operatório, acompanhamento pós-operatório, remoção de sutura, troca de cimento cirúrgico, eventuais curativos. 2) Em casos de elementos extranumerários, utilizar a nomenclatura: 19, 29, 39 e 49. Acima de 01 (um) extranumerário por hemiarco, a autorização para exodontia deve ser solicitada através de Quebra de Regra. **DENTISTICA 1** 1) Não há cobertura para substituição de restaurações, exclusivamente, por motivo estético. 2) O procedimento restaurador será considerado por dente e a quantidade de faces deve ser compatível com o código correspondente. 3) A fotografia pode ser utilizada em casos de fratura, clareamento, microabrasão, cavidades vestibulares ou estritamente oclusais. 4) Para beneficiários com grande demanda de restaurações (acima de 08) será necessário o envio de radiografia inicial, de todos os dentes com necessidade restauradora. **DENTISTICA 2** 1) As restaurações indiretas estão indicadas em caso de extenso comprometimento coronário, principalmente das cúspides funcionais, não passível de reconstrução direta. 2) A remuneração da restauração indireta está condicionada a: tratamento endodôntico satisfatório, viabilidade periodontal, núcleo metálico fundido ou pino em comprimento adequado, conforme evidências científicas. **ENDODONTIA** 1) A viabilidade endodôntica, as condições periodontais e a possibilidade de reabilitação e manutenção do elemento dental devem ser consideradas antes do início do tratamento endodôntico. 2) Em caso de prognóstico duvidoso ou intercorrências durante o tratamento, deve ser enviado junto com as radiografias o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade. 3) A radiografia final do tratamento endodôntico deve ser do dente sem grampo de isolamento e com os cones cortados. Deve permitir a visualização da região periapical e dos condutos obturados sem sobreposição das raízes. 4) Os condutos radiculares devem estar devidamente ampliados, com formato cônico, preenchimento e condensação adequados dentro do limite apical, e sem presença de bolhas e/ou falta de material obturador intracanal. 5) Nos tratamentos e retratamentos endodônticos os selamentos das cavidades já estão incluídos no valor do procedimento. **ODONTOPEDIATRIA** 1) Para pacientes com até 06 anos completos não há necessidade do envio de radiografia, exceto nos casos de tratamento endodôntico, pulpotomia e restaurações indiretas. Para esses casos, é necessário o envio de RX inicial e/ou final, independentemente da idade do paciente. 2) As restaurações diretas deverão ser realizadas em casos de infiltração, fraturas e lesões cariosas comprovadas em dentina. Sulcos profundos, lesões de mancha branca inativas e lesões em esmalte devem ser controlados. 3) As substituições de restaurações por motivos estéticos não são cobertas. 4) Para beneficiários com grande demanda de restaurações (acima de 08) será necessário o envio de radiografia inicial, de todos os dentes com necessidade restauradora. **PERIODONTIA** 1) A raspagem subgengival está indicada para tratamento das bolsas periodontais como Terapia Básica e como Terapia de Suporte Periodontal (manutenção periodontal). Não é permitida a realização de raspagem subgengival em mais de 02 hemiarcos por sessão. 2) A cirurgia periodontal poderá ser realizada somente após a raspagem subgengival, respeitando um período de, no mínimo, 30 dias. Não é permitida a realização de cirurgia em mais de 02 hemiarcos por sessão. **PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS GERAIS - URGÊNCIA** 1) Os procedimentos classificados na THO como Urgência “SIM” podem ser cobrados nos atendimentos de urgência. 2) A consulta e/ou procedimentos de urgência não podem ser lançados com procedimentos eletivos. 3) Após a realização da urgência, o beneficiário deve ser encaminhado para tratamento eletivo. 4) Em casos excepcionais de realização de procedimento odontológico de urgência em consultório, o prestador deve apresentar uma GTO separada para aquele procedimento, constando a justificativa de urgência. Se constatada a cobrança do código de urgência e eletivos numa mesma GTO, o código de urgência será glosado. **RADIOLOGIA** 1) O padrão técnico das radiografias (angulação, nitidez e contraste) é fundamental para o correto diagnóstico e avaliação dos procedimentos realizados. 2) Além dos cuidados técnicos, as radiografias odontológicas devem ser acondicionadas em cartelas ou plásticos apropriados etiquetados, com o intuito de facilitar o manuseio e a avaliação. 3) A execução no SAFE e a cobrança dos procedimentos de radiologia estão condicionados à apresentação de pedido odontológico (ver item 2.1 do Manual).

### CIRURGIA 1

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
6003	BIOPSIAS INCISIONAIS E EXCISIONAIS	Necessário registro na GTO da hipótese diagnóstica, área envolvida, descrição da lesão e encaminhamento (se houver). Inclui o acondicionamento do material em recipiente adequado e envio ao laboratório.	87,58	NÃO	NÃO
2017	EXODONTIA VIA NAO ALVEOLAR OU A RETALHO	Incluída alveoloplastia, quando indicada. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	57,95	NÃO	NÃO
2012	BRIDECTOMIA/ FRENECTOMIA/FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR	Necessário justificativa na GTO e/ou solicitação do ortodontista. Necessário envio de fotografia para Auditoria.	50,83	NÃO	NÃO
2015	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	Incluída alveoloplastia, quando indicada. Em caso de extranumerário utilizar 19, 29, 39, 49. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	38,67	NÃO	NÃO
2024	RECOLOCACAO (REIMPLANTE) DE DENTE NO ALVEOLO - POR ELEMENTO	URGÊNCIA. Somente para dentes permanentes. Necessário registro na GTO do diagnóstico, prognóstico e encaminhamento para outra (s) especialidade (s), quando indicado. Já incluída a contenção. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	32,19	SIM	NÃO
2040	RIZECTOMIA OU ODONTOSECCAO	Não autorizado com Exodontia. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	88,86	NÃO	NÃO
2044	ULOTOMIA / ULECTOMIA	Autorizado para dente em fase de erupção. Necessário envio de fotografia para Auditoria.	38,67	NÃO	NÃO
6011	CUNHA DISTAL OU MESIAL	Necessário justificativa na GTO e/ou solicitação profissional. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	40,58	NÃO	NÃO

### CIRURGIA 2

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
2001	ALVEOLOMIA/ALVEOLOPLASTIA/SULCOPLASTIA ( POR HEMI-ARCO)	Autorizado para regularização do rebordo em caso de exodontias múltiplas, previamente à PPR ou à Prótese Total. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	67,61	SIM	NÃO
2005	APICETOMIA/CURETAGEM APICAL: INCISIVOS E CANINOS	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial e final para Auditoria.	101,42	NÃO	NÃO
2006	APICETOMIA/CURETAGEM APICAL: MOLARES	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial e final para Auditoria.	130,49	NÃO	NÃO
2007	APICETOMIA/CURETAGEM APICAL: PRE-MOLARES	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial e final para Auditoria.	130,49	NÃO	NÃO
2002	APICETOMIA / RETRO OBTURACAO: INCISIVOS E CANINOS	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial e final para Auditoria.	101,2	NÃO	NÃO
2004	APICETOMIA COM RETRO OBTURACAO: MOLARES	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial e final para Auditoria.	130,49	NÃO	NÃO
2003	APICETOMIA C/ RETRO OBTURACAO: PRE MOLARES	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial e final para Auditoria.	130,42	NÃO	NÃO
2009	CISTECTOMIA	Não é autorizado com Apicetomia. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	88	NÃO	NÃO
2008	CIRURGIA TRACIONAMENTO ORTODONTICO	Necessário solicitação do ortodontista e radiografia inicial para Auditoria.	145,19	NÃO	NÃO

2013	EXERESE E MARSUPIALIZACAO RANULAS MUCO-SALIVAR	Necessário justificativa na GTO com registro da área envolvida e envio de fotografia para Auditoria.	111,09	NÃO	NÃO
2014	EXERESE TUMORES BENIGNOS MAX. MAND.	Necessário registro na GTO da hipótese diagnóstica e encaminhamento (se houver). Inclui o acondicionamento do material em recipiente adequado e envio ao laboratório. Necessário radiografia inicial ou tomografia ou ressonância magnética para Auditoria.	165	NÃO	NÃO
2016	EXODONTIA DENTE INCLUSO, IMPACTADO	Incluída alveoloplastia, se indicada. Em caso de extranumerário permanente utilizar 19, 29, 39, 49. Se dente decíduo, utilizar 59, 69, 79 e 89. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	93,5	NÃO	NÃO
2021	PLASTIA COMUNICACAO BUCO-NASO-SINUSAL	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial ou tomografia para Auditoria.	161,92	NÃO	NÃO
2022	PLASTIA DAS HIPERTROFIAS LABIAIS	Necessário justificativa na GTO, com descrição de fator irritante (se houver) e registro da área envolvida. Necessário fotografia para Auditoria.	78,85	NÃO	NÃO
2043	TRAT. CIRURGICO OSTEOMIELEITE MAX. MANDIBULAR	Necessário justificativa na GTO, com registro da área envolvida. Necessário radiografia inicial ou tomografia para Auditoria.	78,85	NÃO	NÃO
2042	TRAT. CIRURGICO FISTULA BUCO SINUSAL	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial para Auditoria.	78,85	NÃO	NÃO
2045	VESTIBULOPLASTIA/SULCOPLASTIA	Por hemiarco. Não é autorizado com Bridectomia /frenectomia (2012). Necessário justificativa na GTO, com registro da área envolvida e solicitação do protesista.	111,09	NÃO	NÃO
2050	CIRURGIA DE TORUS	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial ou fotografia para Auditoria.	77,28	NÃO	NÃO

#### DENTISTICA 1

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
3006	AMALGAMA 2 FACES	Restauração para dentes posteriores. Autorizado somente um código por dente.	31,35	NÃO	NÃO
3007	AMALGAMA 1 FACE	Restauração para dentes posteriores.	26,13	NÃO	NÃO
3005	AMALGAMA 3 OU MAIS FACES	Restauração para dentes posteriores. Autorizado somente um código por dente.	37,62	NÃO	NÃO
3016	RESTAURACAO COM IONOMERO DE VIDRO	Autorizado para dentes decíduos, dentes permanentes em processo de erupção ou lesão cervical. Autorizado somente um código por dente. Se usado como Selamento provisório, utilizar o código 1005. Se usado como Adequação de meio bucal, utilizar o código1004.	23,03	NÃO	NÃO
3015	FACETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	Restauração para dentes anteriores e pré-molares, com envolvimento ou não das faces proximais. Necessário radiografia inicial ou fotografia.	51,93	NÃO	NÃO
3009	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE - CLASSE V	Restauração para faces vestibular ou palatina/lingual de dentes anteriores e posteriores.	25,55	NÃO	NÃO
3011	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 3 OU MAIS FACES	Restauração para dentes posteriores. Autorizado somente um código por dente.	36,45	NÃO	NÃO
3014	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES - CLASSE IV	Restauração para faces proximais de dentes anteriores com comprometimento de ângulo.	30,9	NÃO	NÃO
3013	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE - CLASSE III E CLASSE II SPOTFILLING	Restauração para faces proximais de dentes anteriores e posteriores.	25,55	NÃO	NÃO

3010	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE - CLASSE I	Restauração para dentes anteriores (incisal) e posteriores (oclusal).	25,55	NÃO	NÃO
3012	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES - CLASSE II	Restauração para dentes posteriores com comprometimento das faces proximal e oclusal. Autorizado somente um código por dente.	30,9	NÃO	NÃO
3024	PONTE FIXA PROVISORIA	Autorizado somente para dentes anteriores, no máximo 3 elementos. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	114,95	NÃO	NÃO
3031	MICROABRASAO	Necessário justificativa na GTO, com descrição da técnica utilizada. Necessário fotografia inicial e final para Auditoria.	26,13	NÃO	NÃO
3037	REPARO DE RESTAURACAO	Autorizado somente um código por dente.	14,25	NÃO	NÃO

#### DENTISTICA 2

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
3001	COROA JAQUETA ACRILICO PRENSADA	Autorizado para incisivos e caninos. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	154	NÃO	NÃO
7021	COROA TOTAL METALICA	Autorizado somente para molares, não passíveis de reconstrução por restauração metálica fundida. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	231	NÃO	NÃO
7022	COROA VENEER COM FACE EM RESINA/CEROMERO	Autorizado para dentes permanentes anteriores e posteriores. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	260	NÃO	NÃO
7023	NUCLEO METALICO FUNDIDO	Autorizado para dente com endodontia satisfatória, extensa destruição coronária ou sujeito a esforço mastigatório excessivo. O NMF deve ter 2/3 do comprimento radicular ou comprimento mínimo igual ao da coroa clínica. Em caso de perda óssea, deve alcançar pelo menos a metade da inserção da raiz no osso. Selamento apical mínimo de 3mm, e não deve haver espaço entre o NMF e o material obturador. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	132	NÃO	NÃO
7024	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA OU COROA 4/5	Autorizado somente para pré-molares e molares, não passíveis de reconstrução por meio direto. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	231	NÃO	NÃO
3019	RESTAURACAO INLAY OU ONLAY EM CEROMERO OU SIMILAR	Autorizado somente para pré-molares, não passíveis de reconstrução por meio direto. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	229,82	NÃO	NÃO
3021	COROA TOTAL OU JAQUETA EM CEROMERO OU SIMILAR	Autorizado para incisivos e pré molares. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	312,8	NÃO	NÃO
3026	PROTESE FIXA ADESIVA 3 ELEMENTOS EM RESINA COM REFORCO EM METAL OU FIBRA	Autorizado somente para dentes anteriores, máximo de 3 elementos. Necessário radiografia inicial dos dentes suporte para Auditoria.	552	NÃO	NÃO
3032	COROA METALOCERAMICA	Autorizado para dentes permanentes anteriores e posteriores. Procedimento 100% custeado pelo beneficiário, conforme Deliberação nº 007 de 30/08/2011. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	462	NÃO	NÃO
3034	FACETA EM CEROMERO OU SIMILAR	Autorizado para dentes permanentes anteriores, com envolvimento ou não das faces proximais. Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial para Auditoria.	242	NÃO	NÃO
3035	FACETA EM PORCELANA	Autorizado para dentes permanentes anteriores, com envolvimento ou não das faces proximais. Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial para Auditoria.	330,76	NÃO	NÃO
7036	NUCLEO ROSQUEAVEL OU NAO METALICO	Autorizado para dente com endodontia satisfatória, leve ou moderada perda de estrutura dentária, com remanescente coronário mínimo de 2 mm. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	89,89	NÃO	NÃO

### ENDODONTIA

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
4005	APEXIFICACAO / TRATAMENTO DE RIZOGENESE INCOMPLETA POR SESSAO	Autorizado em dente permanente, por sessão, até 4 sessões. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	36,73	NÃO	NÃO
4010	TRATAMENTO ENDODONTICO DE PRE MOLARES	Já incluído o selamento provisório da cavidade. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	125,4	NÃO	NÃO
4011	TRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLARES	Já incluído o selamento provisório da cavidade. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	190	NÃO	NÃO
4013	TRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVOS E CANINOS	Já incluído o selamento provisório da cavidade. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	90,8	NÃO	NÃO
4019	TRATAMENTO DE PERFURACAO	Necessário envio de Termo de Esclarecimento e Responsabilidade com o prognóstico do dente. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	99,05	NÃO	NÃO
4021	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVOS E CANINOS	Inclui desobstrução do canal. Já incluído o selamento provisório da cavidade. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	120	NÃO	NÃO
4022	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE PRE MOLARES	Inclui desobstrução do canal. Já incluído o selamento provisório da cavidade. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	150	NÃO	NÃO
4024	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLARES	Inclui desobstrução do canal. Já incluído o selamento provisório da cavidade. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	238,89	NÃO	NÃO

### ODONTOPEDIATRIA

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
5001	APLICACAO DE CARIOSTATICO	Autorizado para pacientes com alta atividade de cárie e/ou dificuldades comportamentais que limitem a intervenção restauradora. Necessário justificativa na GTO. Não é autorizado com Adequação do meio bucal (1004).	16,5	NÃO	NÃO
5003	COROA DE ACO	Autorizado para dentes decíduos posteriores com grande destruição coronária. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	57,85	NÃO	NÃO
5004	COROA DE POLICARBONATO	Autorizado para dentes decíduos anteriores com grande destruição coronária. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	57,85	NÃO	NÃO
5009	TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTE DECIDUO ANTERIOR	Não autorizado para dentes em fase de esfoliação dental adiantada, extensa reabsorção ou infecção periapical envolvendo a cripta do sucessor permanente. Já incluído o selamento provisório da cavidade. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	52,99	NÃO	NÃO
5010	PREPARO PSICOLOGICO	Máximo de 3 sessões, para menor de 6 anos, com comportamento não cooperativo.	12,12	NÃO	NÃO
4025	TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTE DECIDUO POSTERIOR	Não autorizado para dentes em fase de esfoliação dental adiantada, extensa reabsorção ou infecção periapical envolvendo a cripta do sucessor permanente. Já incluído o selamento provisório da cavidade. Necessário radiografia inicial e final para Auditoria.	52,99	NÃO	NÃO

**PERIODONTIA**

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Regra de Auditoria</b>	<b>Total(R\$)</b>	<b>Urgência/ Emergência</b>	<b>Controlado</b>
6001	AUMENTO DE COROA CLINICA	Não é autorizado com Cirurgia a Retalho (6002, 6004), Gengivectomia (6008) e Cunha distal/ mesial (6011). Necessário anexar solicitação clínica e radiografia inicial para Auditoria.	81,16	NÃO	NÃO
6005	CURETAGEM DE BOLSAS PERIODONTAIS COM ALISAMENTO RADICULAR	Por hemiarco. Autorizado apenas em áreas com profundidade de sondagem a partir de 4 mm. Não é autorizado com raspagem supragengival. Não é permitida a realização de raspagem subgengival em mais de 2 hemiarcos por sessão. Quando houver menos de 8 dentes remanescentes no arco, registrar 60056000 ou 60057000. Necessário envio de Periograma e de radiografia inicial para Auditoria.	42,59	NÃO	NÃO
6002	CIRURGIA A RETALHO ATE 2 ELEMENTOS	Autorizado para tratamento de bolsas periodontais residuais e defeitos ósseos, após Terapia Periodontal Básica. Realizado no mínimo 30 dias após a raspagem subgengival, em sítios com sinais de inflamação, presença de sangramento e exsudato. Permitido apenas 2 hemiarcos, por sessão. Não autorizado com Aumento de coroa (6001), Gengivectomia (6008), Cunha distal/ mesial (6011) na mesma área. Necessário envio do Periograma, registro dos dentes envolvidos e radiografia inicial para Auditoria.	103,04	NÃO	NÃO
6004	CIRURGIA A RETALHO ATE 4 ELEMENTOS	Autorizado para tratamento de bolsas periodontais residuais e defeitos ósseos, após Terapia Periodontal Básica. Realizado no mínimo 30 dias após a raspagem subgengival, em sítios com sinais de inflamação, presença de sangramento e exsudato. Permitido apenas 2 hemiarcos, por sessão. Não autorizado com Aumento de coroa (6001), Gengivectomia (6008), Cunha distal/ mesial (6011) na mesma área. Necessário envio do Periograma, registro dos dentes envolvidos e radiografia inicial para Auditoria.	103,04	NÃO	NÃO
6008	GENGIVECTOMIA OU GENGIVOPLASTIA	Por hemiarco. Não é autorizado com Aumento de coroa (6001), Cirurgia a retalho (6002, 6004), e Cunha distal/ mesial (6011) na mesma área.	49,29	NÃO	NÃO
6012	ENXERTO GENGIVAL	Por hemiarco. Cirurgia para ganho de gengiva inserida. Necessário justificativa na GTO com registro da técnica utilizada, área doadora e dentes envolvidos. Necessário radiografia inicial ou fotografia para Auditoria.	99	NÃO	NÃO
6015	REMOCAO DE FATORES RETENTIVOS	Remoção de excessos/degraus em restaurações e próteses mal adaptadas. Necessário justificativa na GTO, com registro dos dentes envolvidos. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	27,5	NÃO	NÃO

**PROCEDIMENTOS ODONTOLOGICOS GERAIS**

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Regra de Auditoria</b>	<b>Total(R\$)</b>	<b>Urgência/ Emergência</b>	<b>Controlado</b>
1001	AVALIACAO CLINICA (CONSULTA PARA EXAMES E DIAGNOSTICO)	Autorizado nos atendimentos de urgência e nos casos de avaliação sem necessidade de intervenção. Necessário registro na GTO do diagnóstico, prognóstico e do encaminhamento para outra(s) especialidade(s), quando indicado. Não é autorizado com Consulta para plano de tratamento (1010) ou em transoperatórios.	10,11	SIM	NÃO
1006	TRATAMENTO DE PROCESSOS AGUDOS (GUNA, ALVEOLITE, PERICORONARITE, PERICEMENTITE)	URGÊNCIA. Necessário descrever na GTO o procedimento executado e informar o encaminhamento para outra(s) especialidade(s), quando indicado.	32,19	SIM	NÃO
4006	CAPEAMENTO DIRETO	Somente em dentes vitais e com exposição pulpar direta, acidental. incluído selamento da cavidade. Necessário preservação.	16,5	NÃO	NÃO

7012	CONCERTO EM PROTESE TOTAL OU PARCIAL (A FRIO)	URGÊNCIA. Necessário justificar na GTO, com assinatura do paciente.	37,78	SIM	NÃO
3002	COROA PROVISORIA	Autorizado um por dente e, quando envolver confecção de núcleos, máximo de 2 por dente.	60	SIM	NÃO
4007	CLAREAMENTO DENTAL DE DENTES DESPOLPADOS	Autorizado até 3 sessões por dente, já incluído o selamento da cavidade.	22,57	NÃO	NÃO
7004	PLACA ESTABILIZADORA / PLACA DE BRUXISMO - ACETATO	Necessário registro na GTO do diagnóstico, indicação, e assinatura do paciente. Ajuste incluído.	133,22	NÃO	NÃO
1004	ADEQUACAO DE MEIO BUCAL	Pacientes com alta atividade de cárie e/ou dificuldades comportamentais que limitem a intervenção restauradora. Pressupõe remoção superficial de lesões cáries e selamento das cavidades. Necessário registro na GTO dos dentes envolvidos. Intervalo mínimo de 3 meses entre a adequação e o procedimento restaurador definitivo.	22	NÃO	NÃO
1005	CURATIVO DE EMERGENCIA OU SELAMENTO PROVISORIO	URGÊNCIA. Necessário registro na GTO do diagnóstico e do encaminhamento para outra(s) especialidade(s), quando indicado. Acima de 2 curativos lançar Adequação do meio bucal (1004).	15	SIM	NÃO
5006	DESGASTE DENTAL COM FINALIDADE ORTODONTICA / SLICE	Por elemento. Necessário envio da solicitação do ortodontista.	16,5	NÃO	NÃO
6006	DESSENSIBILIZACAO DENTINARIA	Não é autorizado com Fluoterapia intensiva (1014). Necessário justificativa na GTO, com registro dos dentes/região, material utilizado e assinatura do beneficiário.	25,81	NÃO	NÃO
1007	DRENAGEM ABCESSO PERIODONTAL OU PARAENDODONTICO	URGÊNCIA. Necessário registro na GTO do diagnóstico, prognóstico e do encaminhamento para outra(s) especialidade(s), quando indicado.	32,19	SIM	NÃO
1008	DRENAGEM DE ABCESSO EXTRA-ORAL	URGÊNCIA. Necessário registro na GTO do diagnóstico, prognóstico e do encaminhamento para outra(s) especialidade(s), quando indicado.	32,19	SIM	NÃO
5007	EXODONTIA DE DENTE(S) DECIDUO(S)	Aplica-se também aos casos de remoção de fragmento radicular de decíduos ou decíduos anquilosados. Em caso de extranumerário decíduo, utilizar a nomenclatura 59, 69, 79 e 89. Necessário radiografia inicial para Auditoria (acima de 6 anos).	19,63	NÃO	NÃO
1010	CONSULTA PARA PLANO DE TRATAMENTO	Consulta de anamnese, exame clínico/radiográfico, diagnóstico e plano de tratamento. Na especialidade de Periodontia, inclui o preenchimento do Periograma. Na especialidade de Endodontia, inclui o teste de vitalidade. Quando não houver tratamento a ser realizado, é indispensável registrar em ficha clínica: "Sem necessidade de tratamento".	22	NÃO	NÃO
2019	CONTROLE DE HEMORRAGIAS ORAIS	URGÊNCIA. Necessário registro do diagnóstico na GTO.	32,19	SIM	NÃO
3004	NUCLEO DE PREENCHIMENTO OU RECONSTITUICAO MORFOLOGICA	Autorizado para dentes permanentes, apenas em caso de restaurações indiretas. Necessário registro do planejamento restaurador na GTO.	33	NÃO	NÃO
7027	PREPARO DE CONDUTO PARA NUCLEO	O preparo deve ser compatível com o tipo de núcleo/pino solicitado. Considerar o tamanho da raiz e a inserção óssea. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	25,3	NÃO	NÃO
4014	PULPECTOMIA OU DRENAGEM PARA ALIVIO DE DOR	URGÊNCIA. Não autorizado em transoperatório de tratamento endodôntico. Já incluído teste de vitalidade e selamento da cavidade.	32,19	SIM	NÃO
4015	PULPOTOMIA DE DECIDUOS OU PERMANENTES	Não autorizado para dentes em fase de esfoliação dental adiantada, com presença de lesão periapical ou na região interradicular. Já incluído o selamento da cavidade. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	32,19	SIM	NÃO
4016	REMOCAO DE PINO OU CORPO ESTRANHO INTRACANAL	Não é autorizado para remoção de provisórias com pinos ou restaurações metálicas com ou sem retenção na câmara pulpar. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	30,24	SIM	NÃO
1020	REFIXACAO DE COROAS PROVISORIAS E RESTAURADOS	URGÊNCIA. Não é autorizado no transoperatório de qualquer especialidade.	32,19	SIM	NÃO
1023	REMOCAO ESPICULA OSSEA OU FRAGMENTO DENTARIO	URGÊNCIA. Não é autorizado com procedimento de exodontia na mesma área.	22	SIM	NÃO

1025	COLAGEM DE FRAGMENTO DENTARIO	URGÊNCIA. Autorizado somente um código por dente.	32,19	SIM	NÃO
1028	REMOCAO DE PROTESES FIXAS	Autorizado para remoção de trabalho protético (restaurações metálicas, coroas e pontes).	19,8	SIM	NÃO
1040	CONSULTA DE MANUTENCAO	Código autorizado para Periodontia, ou em caso de pacientes com alta atividade de cárie e/ ou especiais. Este procedimento inclui polimento coronário e raspagem supragengival em áreas isoladas, se necessário. Não autorizado com Preparo psicológico (5010).	31,45	NÃO	NÃO
2047	EXODONTIA RAZIZ RESIDUAL	Autorizado para dente permanente. Incluída alveoloplastia, quando indicada. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	38,67	NÃO	NÃO
4026	TRATAMENTO EXPECTANTE	Necessário justificativa na GTO. A restauração definitiva só será autorizada após 60 dias. Proservação com controle radiográfico.	32,19	NÃO	NÃO
6013	IMOBILIZACAO TEMPORARIA	Autorizado a cada 4 elementos. Necessário justificativa na GTO, com registro dos dentes envolvidos. Inclui a consulta de retorno em até 30 dias. Necessário radiografia inicial para Auditoria.	32,19	SIM	NÃO
7038	REMOCAO DE INTERFENCIAS OCLUSAIS	Necessário justificativa na GTO. Não permitida concomitantemente com restaurações e/ou próteses.	37,54	SIM	NÃO
7074	PLACA ESTABILIZADORA/PLACA DE BRUXISMO - ACRILICO	Necessário registro do diagnóstico e indicação do procedimento na GTO. Ajuste incluído.	133,22	NÃO	NÃO
7075	MANUTENCAO DE PLACA ESTABILIZADORA OU DE BRUXISMO	Consulta utilizada para retorno, controle e acompanhamento relacionado à Placa estabilizadora de bruxismo (7074) . Necessário justificativa na GTO.	19,8	NÃO	NÃO

#### PROMOCAO DE SAUDE

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
1014	FLUORTERAPIA INTENSIVA	Indicado para manchas brancas e lesões ativas em esmalte. Não é autorizado com Dessensibilização (6006). Necessário justificativa na GTO, com registro dos dentes envolvidos. Máximo de 4 sessões.	10	NÃO	NÃO
1018	POLIMENTO CORONARIO, EDUCACAO PARA A SAUDE E FLUOR	Não é autorizado com Profilaxia (1021).	28	NÃO	NÃO
5013	SELANTE	Indicado em pacientes com alta atividade cariogênica, para dentes permanentes recém erupcionados (até 2 anos após a erupção), com sulcos profundos. Necessário justificativa na GTO.	15,46	NÃO	NÃO
1021	PROFILAXIA E RASPAGEM SUPRA GENIVAL	Inclui Polimento coronário (1018).	33,46	NÃO	NÃO

#### PROTESE

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
7009	PROTESE TOTAL REMOVIVEL SUPERIOR OU INFERIOR	Já incluídas as sessões de ajustes de rebordo e oclusais.	260	NÃO	NÃO
7008	PROTESE TOTAL REMOVIVEL SUPERIOR E INFERIOR	Já incluídas as sessões de ajustes de rebordo e oclusais.	520	NÃO	NÃO



7005	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL PROVISORIA	Em casos de exodontias múltiplas com comprometimento estético, previamente à confecção da PPR a grampo, quando houver necessidade de aguardar sua confecção (40 - 90 dias). Já incluídas as sessões de ajustes de rebordo e oclusais.	176,64	NÃO	NÃO
7010	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL A GRAMPO	Necessário radiografia periapical inicial dos dentes suporte, que devem estar em condições clínicas adequadas. Já incluídas as sessões de ajustes de rebordo e oclusais.	320	NÃO	NÃO
7034	CONCERTO OU REEMBASAMENTO PRENSADO PROTESE REMOVIVEL	URGÊNCIA. Necessário justificativa na GTO, com assinatura do paciente.	65,16	SIM	NÃO
7040	PROTESE TOTAL IMEDIATA	Em casos de exodontias múltiplas com comprometimento estético, previamente à confecção da Prótese Total. Já incluídas as sessões de ajustes de rebordo e oclusais.	245,33	NÃO	NÃO

**PROTESE LABORATORIO ODONTOLOGICO**

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
7041	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA LAB	Pactuar prazo de entrega.	60	NÃO	NÃO
7042	NUCLEO METALICO FUNDIDO LAB	Pactuar prazo de entrega.	40	NÃO	NÃO
7043	COROA DE JAQUETA ACRILICA LAB	Pactuar prazo de entrega.	50	NÃO	NÃO
7044	COROA 4/5 EM ALLOY LAB	Pactuar prazo de entrega.	66	NÃO	NÃO
7045	COROA TOTAL METALICA LAB	Pactuar prazo de entrega.	70	NÃO	NÃO
7046	COROA METALOPLASTICA FACE EM ACRILICO LAB	Pactuar prazo de entrega.	86	NÃO	NÃO
7047	COROA VENEER FACE EM CEROMERO LAB	Pactuar prazo de entrega.	130	NÃO	NÃO
7048	COROA METALOCERAMICA LAB	Pactuar prazo de entrega.	200	NÃO	NÃO
7049	FACETA EM PORCELANA LAB	Pactuar prazo de entrega.	200	NÃO	NÃO
7050	COROA TOTAL EM CEROMERO (ARTGLASS, SOLIDEX E SIMILARES) LAB	Pactuar prazo de entrega.	130	NÃO	NÃO
7051	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM CEROMERO LAB	Pactuar prazo de entrega.	200	NÃO	NÃO
7052	FACETA EM CEROMERO LAB	Pactuar prazo de entrega.	110	NÃO	NÃO
7053	RESTAURACAO INLAY E ONLAY EM CEROMERO LAB	Pactuar prazo de entrega.	110	NÃO	NÃO
7054	PLACA ESTABILIZADORA / BRUXISMO PRENSADA LAB	Pactuar prazo de entrega.	100	NÃO	NÃO
7055	PLACA ESTABILIZADORA (EM ACETATO) LAB	Pactuar prazo de entrega.	50	NÃO	NÃO
7058	PLACA REPOSICIONADORA (EM ACRILICO) LAB	Pactuar prazo de entrega.	80	NÃO	NÃO

7059	PLACA REPOSICIONADORA (EM ACETATO) LAB	Pactuar prazo de entrega.	50	NÃO	NÃO
7060	PPR BILATERAL LAB	Pactuar prazo de entrega.	150	NÃO	NÃO
7064	PPR PROVISORIA LAB	Pactuar prazo de entrega.	110	NÃO	NÃO
7065	PTR SIMPLES LAB	Pactuar prazo de entrega.	180	NÃO	NÃO
7070	PTR IMEDIATA LAB	Pactuar prazo de entrega.	120	NÃO	NÃO
7071	CONCERTO OU REEMBASAMENTO PENSADO PROTESE REMOVIVEL	-	60	NÃO	NÃO

#### RADIOLOGIA

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
8001	RX BITE WING/INTER-PROXIMAL	-	5	NÃO	NÃO
8004	RADIOGRAFIA OCLUSAL	Necessário encaminhamento do solicitante com justificativa.	8	NÃO	NÃO
8002	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	-	5	NÃO	NÃO
8003	RADIOGRAFIA PANORAMICA	Necessário encaminhamento do solicitante com justificativa.	18	NÃO	NÃO
8110	TC DE ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES	Necessário encaminhamento do solicitante com justificativa.	236,25	NÃO	NÃO
8113	TC DENTAL (DENTASCAN)	Necessário encaminhamento do solicitante com justificativa.	145	NÃO	NÃO