

tabela tuss

Vigência: Março / 2022



ANS N° 32.289-0

TABELA DE HONORÁRIOS ODONTOLÓGICOS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- 1) Somente inicie o tratamento após concordância do beneficiário com o planejamento.
- 2) Os procedimentos cobertos pelo plano do beneficiário devem ser realizados sem qualquer cobrança adicional.
- 3) Para todos os atendimentos utilize a consulta por CPF ou solicite o cartão de identificação e um documento com foto.
- 4) As liberações dos tratamentos são realizadas no site da Dentalpar. O profissional deve verificar a elegibilidade do beneficiário antes de casa consulta, pois a Dentalpar não se responsabiliza pelo pagamento de tratamentos realizados em beneficiários desligados/suspensos.
- 5) Verifique sempre se os procedimentos solicitados necessitam da apresentação de radiografias (Periapical, Interproximal ou Panorâmica), foto e/ou relatório. A não apresentação destes junto à guia de procedimentos odontológicos (GTO) resultará em não pagamento do item.
- 6) A quantidade de faces das restaurações são consideradas por elemento dentário (não por cavidade) e devem ser incluídas em um mesmo código, mesmo quando não existir solução de continuidade entre as cavidades.
- 7) Verifique sempre a qualidade das radiografias antes de enviá-las para autorização e/ou pagamento de procedimentos. As radiografias deverão estar corretamente centralizadas, mostrando todo o elemento e periápice, reveladas com adequado contraste, nitidez e angulação.
- 8) Caso não encontre na tabela algum procedimento, entre em contato com a Central de Relacionamento pelo telefone whatsapp (11) 94802-0934.
- 9) Essa tabela de Honorários Odontológicos é parte integrante do Contrato de Credenciamento e poderá ser atualizada a qualquer tempo.

DESCRIÇÃO DE ÁREAS

DENTE OU REGIÃO	CÓDIGO	DESCRIÇÃO
ARCO	AS	Arco Superior
	ASAI	Arcos Superior E Inferior
	AI	Arco Inferior
HEMI ARCO	HASD	Hemiarco Superior Direito
	HASE	Hemiarco Superior Esquerdo
	HAID	Hemiarco Inferior Direito
	HAIE	Hemiarco Inferior Esquerdo
DENTE	DENTE	11-12-13-14-15-16-17-18-19-10-51-52-53-54-55-59
		21-22-23-24-25-26-27-28-29-20-61-62-63-64-65-69
		31-32-33-34-35-36-37-38-39-30-71-72-73-74-75-79
		41-42-43-44-45-46-47-48-49-40-81-82-83-84-85-89
FACE	O	Oclusal
	L	Lingual
	M	Mesial
	V	Vestibular
	D	Distal
	I	Incisal
	P	Palatina

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
UO	Urgência Odontológica
RC	Região de Canino
RI	Região de Incisivo
RM	Região Molar

RAIO X	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	DENTES
PERIAPICAL	RMSD		18, 17 e 16
	RPSD	Região Pré- Molar Superior Direita	15 e 14
	RCSD		13
	RIS		12, 11, 21 e 22
	RCSE		23
	RPSE		24 e 25
	RMSE		26, 27 e 28
	RMIE		38, 37 e 36
	RPIE		35 e 34
	RCIE		33
	RII		32, 31, 41 e 42
	RCID		43
	RPID		44 e 45
	RMD		46, 47 e 48
INTERPROXI MAL	RMD		16 a 18 e 46 a 48
	RPD		14, 15, 44 e 45
	RPE		24, 25, 34 e 35
	RME		26 a 28 e 36 a 38

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
U	Sessão Única
I	Radiografia Inicial ou Fotografia Inicial
F	Radiografia Final ou Fotografia Final
RP	Região Pré-Molar

DIAGNÓSTICO																	
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE USO	DENTE/ÁREA	RAIO X	FOTOGRAFIA	LONGEVIDADE	REGRAS TÉCNICAS	DENTAL BÁSICO	MASTER PLUS	MASTER I (ROL ANS)	MASTER I DOC	MASTER TEEN	MASTER II	MASTER III	MASTER IV	MASTER IV CLAREAMENTO	MASTER TOTAL
81.000.065	Consulta odontológica inicial	40	ASAI			U	Liberada uma única consulta por paciente e por consultório. Não remunerada junto com consulta odontológica, condicionamento em odontologia, condicionamento em odontologia em pacientes com necessidade especiais e diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico. Inclui anamnese, exame clínico e planejamento.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
81.000.111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa região B.M.F	67	ASAI			6	Exclui procedimentos : Diagnóstico anatomopatológico em material de punção da região B.M.F, Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica região B.M.F e Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia da região B.M.F. Consulta para elaboração de diagnóstico após resultado de exame anatomopatológico. Restrito a especialidade de Estomatologia. Remuneração mediante a apresentação de laudo.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
81.000.170	Diagnóstico anatomopatológico em material de punção da região B.M.F	67	ASAI			6	Exclui procedimentos: Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa região B.M.F, Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica região B.M.F e Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia da região B.M.F. Consulta para elaboração de diagnóstico após resultado de exame anatomopatológico. Restrito a especialidade de Estomatologia. Remuneração mediante a apresentação de laudo.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
81.000.154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica região B.M.F	67	ASAI			6	Exclui procedimentos: Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa região B.M.F, Diagnóstico anatomopatológico em material de punção da região B.M.F e Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia da região B.M.F. Consulta para elaboração de diagnóstico após resultado de exame anatomopatológico. Restrito a especialidade de Estomatologia. Remuneração mediante a apresentação de laudo.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
81.000.138	Diagnóstico anatomopatológico em biópsia região B.M.F	67	ASAI			6	Exclui procedimentos: Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa região B.M.F, Diagnóstico anatomopatológico em material de punção da região B.M.F e Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica região B.M.F. Consulta para elaboração de diagnóstico após resultado de exame anatomopatológico. Restrito a especialidade de Estomatologia. Remuneração mediante a apresentação de laudo.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

RADIOLOGIA																	
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE USO	DENTE/ÁREA	RAIO X	FOTOGRAFIA	LONGEVIDADE	REGRAS TÉCNICAS	DENTAL BÁSICO	MASTER PLUS	MASTER I (ROL-ANS)	MASTER I DOC	MASTER TEEN	MASTER II	MASTER III	MASTER IV	MASTER IV CLAREAMENTO	MASTER TOTAL
81.000.375	Radiografia interproximal - Bite wing - unidade	20	RPE, RPD, RME ou RMD			6	Indicada para avaliação de cáries e restaurações. Deve ser realizada em consultório. Apenas para dentes posteriores. As radiografias deverão estar corretamente centralizadas, mostrando todo o elemento e periápice, reveladas com adequado contraste, nitidez e angulação.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
81.000.383	Radiografia oclusal	40	AS ou AI			12	Pode ou não ser realizada em consultório.As radiografias deverão estar corretamente centralizadas, mostrando todo o elemento e periápice, reveladas com adequado contraste, nitidez e angulação.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

81.000.405	Radiografia panorâmica	100	ASAI			12	Autorizado somente para diagnósticos cirúrgicos, odontopediátricos, periodontais, protéticos e ortodônticos e para especialistas em Cirurgia, Odontopediatria, Periodontia, Prótese e Ortodontia que executará um procedimento que justifique a complexidade. As radiografias deverão estar corretamente centralizadas, mostrando todo o elemento e periápice, reveladas com adequado contraste, nitidez e angulação.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
81.000.421	Radiografia periapical - unidade	17	RMSD,RPSE,RCSD,RC, RCSE, RPSE, RMSE, RMID, RPIS, RCID, RII ,RCIE,RPIE,PMIE			6	Indicado para Aumento de coroa clínica, Cirurgia Periodontal, Cirurgia, Procedimentos em Endodontia, Prótese Parcial Removível, Prótese Fixa e Emergências. As radiografias deverão estar corretamente centralizadas, mostrando todo o elemento e periápice, reveladas com adequado contraste, nitidez e angulação.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

URGÊNCIA																	
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE USO	DENTE/ÁREA	RAIO X	FOTOGRAFIA	LONGEVIDADE	REGRAS TÉCNICAS	DENTAL BÁSICO	MASTER PLUS	MASTER I (ROL ANS)	MASTER I DOC	MASTER TEEN	MASTER II	MASTER III	MASTER IV	MASTER IV CLAREAMENTO	MASTER TOTAL
85.100.048	Colagem de fragmentos dentários	67	D	I		UO	Inclui material utilizado na fixação do fragmento dentário.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
81.000.049	Consulta odontológica de urgência	60	ASAI	I		UO	Descrever no campo de observações da GTO dente/região e procedimento executado. Considerado urgência inespecífica. Não é pago junto com consulta odontológica inicial ou consulta odontológica de urgência em clínica 24 horas. Remunerado somente para os casos de prescrição medicamentosa intraoral, extraoral e tópica quando não necessário procedimento clínico.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
81.000.057	Consulta odontológica de urgência em clínica 24 horas (noturno, sábados, domingos e feriados)	67	ASAI	I		UO	Descrever no campo de observações da GTO dente/região e procedimento executado. Considerado urgência inespecífica. Não é pago junto com consulta odontológica inicial ou consulta odontológica de urgência. Remunerado somente para os casos de prescrição medicamentosa intraoral, extraoral e tópica quando não necessário procedimento clínico.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático na região B.M.F	67	ASAI			UO	Descrever no campo de observações da GTO dente/região. Em caso de exodontia recente, desde que não tenha sido realizada com o próprio prestador. Inclui aplicação do hemostático e sutura do alvéolo. Não remunerado para pacientes em tratamento, ou quando decorrente de procedimentos realizados pelo dentista atendente. Remunerado mediante envio de justificativa clínica.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático na região B.M.F	67	ASAI			UO	Descrever no campo de observações da GTO dente/região. Em caso de exodontia recente, desde que não tenha sido realizada com o próprio prestador. Inclui sutura do alvéolo. Não remunerado para pacientes em tratamento, ou quando decorrente de procedimentos realizados pelo dentista atendente. Remunerado mediante envio de justificativa clínica.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.022	Incisão e drenagem de abscesso extraoral, hematoma e/ou flegmão da região B.M.F.	67	AS ou AI			UO	Descrever no campo de observações da GTO dente/região e procedimento executado. Remunerado mediante envio de justificativa clínica.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.030	Incisão e drenagem de abscesso intraoral, hematoma e/ou flegmão da região B.M.F.	67	D			UO	Descrever no campo de observações da GTO o procedimento executado. Remunerado mediante envio de justificativa clínica.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.034	Pulpectomia	67	D	I		UO	Necessidade de acesso endodôntico (polpa viva ou necrose pulpar). Não remunerado se o tratamento endodôntico for realizado na mesma clínica do profissional executante. Inclui medicação intracanal, bem como o procedimento de curativo em caso de odontalgia e restauração temporária.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.400.467	Recimentação de trabalhos protéticos	67	D	I		UO	Não remunerado quando decorrente de procedimentos realizados pela mesma clínica e/ou pelo mesmo profissional executante.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.197	Redução simples de luxação de articulação têmporo-mandibular (ATM)	67	ASAI			UO	Descrever no campo de observações da GTO procedimento/manobra de redução realizada. Não remunerado simultaneamente à consulta de urgência, consulta de urgência em clínica 24 hs ou consultas de condicionamento. Inclui orientação e prescrição quando necessária.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.251	Reimplante dentário com contenção	67	D	I-F		UO	Descrever no campo de observações da GTO procedimento realizado. Apenas para dentes permanentes. Inclui a imobilização necessária.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.300.063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	67	AS ou AI			U	Descrever no campo de observações da GTO dente/região e procedimento realizado. Não remunerado com raspagem supra-gengival, raspagem sub-gengival e cirurgia periodontal a retalho.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.650	Tratamento de alveolite	67	D			UO	Descrever no campo de observações da GTO procedimento realizado. Em caso de exodontia recente, desde que não tenha sido realizada com o próprio prestador. Inclui a curetagem, limpeza e medicação do alvéolo.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.300.080	Tratamento de pericoronarite	67	D	I		UO	Descrever no campo de observações da GTO procedimento realizado. Para dentes semi-inclusos ou inclusos. Inclui curetagem de bolsa periodontal no elemento e a medicação quando necessária. Indicado apenas para os terceiros molares.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

PREVENÇÃO																	
	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE USO	DENTE/ÁREA	RAIO X	FOTOGRAFIA	LONGEVIDADE	REGRAS TÉCNICAS	DENTAL BÁSICO	MASTER PLUS	MASTER I (ROL ANS)	MASTER I DOC	MASTER TEEN	MASTER II	MASTER III	MASTER IV	MASTER IV CLAREAMENTO	MASTER TOTAL
84.000.031	Aplicação de cariotático	20	ASAI			6	Não autorizado simultaneamente à aplicação de selante, restauração direta definitiva e tratamento endodôntico para um mesmo dente. Indicada para beneficiários com alta atividade de cárie. Até 5 anos de idade	N	S	S	S		S	S	S	S	S
84.000.074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	28	D			12	Indicado conforme análise de risco do beneficiário para dentes posteriores.Para pacientes de 6 a 12 anos de idade.	N	S	S	S		S	S	S	S	S
84.000.058	Aplicação de selante técnica invasiva	28	D			12	Indicado conforme análise de risco do beneficiário para dentes posteriores.Para pacientes de 6 a 12 anos de idade.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
84.000.090	Aplicação tópica de flúor	80	ASAI			6	Autorizado para pacientes de 3 a 12 anos de idade. Não remunerado junto com aplicação de verniz fluoretado, controle de cárie incipiente e remineralização.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
84.000.112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	25	D		I	4	Indicado para remineralização/ cárie incipiente/manchas brancas ativas.Remunerado somente com envio de fotografia inicial e relatório que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado. Não remunerado junto com aplicação tópica de fluor, controle de cárie incipiente, remineralização e quando já houver procedimento restaurador indicado.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
84.000.139	Atividade educativa em saúde bucal / Orientação de higiene Oral	25	ASAI			U	Inclui orientação de dieta e higiene bucal + técnicas de escovação + controle de biofilme e evidênciação de placa. Autorizado apenas 1 vez por profissional e ou clínica e para pacientes de 7 a 12 anos de idade.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
87.000.024	Atividade educativa em saúde bucal para pais e/ou cuidadores	25	ASAI			U	Inclui orientação de dieta e higiene bucal + técnicas de escovação + controle de biofilme e evidênciação de placa se necessário. Autorizado apenas uma vez por profissional e ou clínica e para pacientes até 6 anos de idade.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
87.000.016	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores de pacientes especiais	25	ASAI			U	Inclui orientação de dieta e higiene bucal + técnicas de escovação + controle de biofilme e evidênciação de placa. Autorizado apenas uma vez por profissional e ou clínica para pacientes de qualquer idade.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
84.000.163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	20	ASAI			6	Não remunerado com atividade educativa para pacientes especiais e atividade educativa de 7 a 12 anos. Evidênciação de placa.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
84.000.171	Controle de cárie incipiente / generalizada	25	ASAI			3	Código utilizado para manchas brancas e lesões ativas em esmalte. Não remunerado junto com: Remineralização, Aplicação Tópica de Flúor e Aplicação de verniz fluoretado.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.300.012	Dessensibilização dentária	20	ASAI			12	Não remunerado com aplicação tópica de flúor. Descrever no campo de observações da GTO justificativa clínica e dentes envolvidos.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
84.000.198	Profilaxia polimento coronário	30	HA			6	Não remunerado com : Raspagem Supra-gengival, Raspagem Sub-gengival e Cirurgia Periodontal a Retalho.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
84.000.201	Remineralização-inclui profilaxia prévia	25	ASAI			6	Autorização condicionada a relatório clínico justificável. Não remunerado junto com: Aplicação Tópica de Flúor e Controle de Cárie Incipiente. Remunerado somente se não for Necessário procedimento restaurador para o elemento. Até 3 sessões.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

85.300.055	Remoção dos fatores de retenção do biofilme dental (placa bacteriana)	80	ASAI		I	12	Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado. Deve ser lançado para remoção de excesso de restaurações, próteses e/ou resina residual após a remoção de aparelho ortodôntico. Procedimento realizado antes do início do tratamento periodontal.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
84.000.244	Teste de fluxo salivar	60	ASAI			U	Necessário justificativa, tipo de teste utilizado e condição sistêmica do beneficiário. Restrito a especialidade de Odontopediatria e Periodontia. Remunerado mediante apresentação de laudo clínico relatando índice de CPOD, Ph salivar, análise da dieta e volume salivar.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
84.000.252	Teste de Ph de saliva	60	ASAI			U	Necessário justificativa, tipo de teste utilizado e condição sistêmica do beneficiário. Restrito a especialidade de Odontopediatria e Periodontia. Encaminhar laudo do laboratório para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.300.047	Raspagem supra gengival e polimento	57	HA		I	6	Não remunerado junto com: Profilaxia, Raspagem Sub-gengival e Cirurgia Periodontal a Retalho. Tratamento não cirúrgico de periodontite leve - bolsas até 4 mm. Para pacientes com idade mínima de 15 anos. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cálculo dental.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

ODONTOPEDIATRIA																	
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE USO	DENTE/ÁREA	RAIO X	FOTOGRAFIA	LONGEVIDADE	REGRAS TÉCNICAS	DENTAL BÁSICO	MASTER PLUS	MASTER I (ROL ANS)	MASTER I DOC	MASTER TEEN	MASTER II	MASTER III	MASTER IV	MASTER IV CLAREAMENTO	MASTER TOTAL
85.100.242	Adequação do meio bucal	20	ASAI		I	6	Não autorizado simultaneamente á aplicação de selante, restauração direta definitiva e tratamento endodôntico para um mesmo dente. Indicada para beneficiários com alta atividade de cárie. Até 5 anos de idade.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
81.000.014	Condicionamento em odontologia	60	ASAI			U	Máximo de 2 sessões por consultório. Não remunerado junto com: Consulta odontológica inicial, Condicionamento em odontologia para Beneficiários com Necessidades Especiais, Estabilização de paciente por meio de contenção física ou mecânica e Estabilização de paciente por meio de contenção física ou mecânica em pacientes com necessidades especiais. Autorizado para pacientes até 6 anos de idade.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
87.000.032	Condicionamento em Odontologia para pacientes com necessidades especiais	60	ASAI			U	Máximo de 2 sessões por consultório. Não remunerado junto com: Consulta odontológica inicial, Condicionamento em odontologia , Estabilização de paciente por meio de contenção física ou mecânica e Estabilização de paciente por meio de contenção física ou mecânica em pacientes com necessidades especiais.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
83.000.097	Mantenedor de espaço - FIXO	100	HAID,HAIE,HASD,HASE				Necessário encaminhar planejamento para pré-aprovação, Informar os dentes que estão sendo substituídos pelo mantenedor.Específico para casos de perda precoce de dentes deciduos. Idade máxima 13 anos.	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S
83.000.100	Mantenedor de espaço - REMOVIVEL	100	ASAI				Necessário encaminhar planejamento para pre aprovação, Informar os dentes que estão sendo substituídos pelo mantenedor.Específico para casos de perda precoce de dentes deciduos. Idade máxima 13 anos.	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S
82.000.700	Estabilização de paciente por meio de contenção física ou mecânica	60	ASAI			U	Condicionamento em odontologia até 3 sessões. Remunerado mediante envio de carta de autorização do responsável. Não remunerado junto com: Condicionamento em odontologia, Condicionamento em Odontologia para pacientes com necessidades especiais e Estabilização de paciente por meio de contenção física ou mecânica em pacientes com necessidades especiais.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
87.000.148	Estabilização de paciente por meio de contenção física ou mecânica em pacientes com necessidades especiais	60	ASAI			U	Condicionamento em odontologia até 3 sessões. Remunerado mediante envio de carta de autorização do responsável. Não remunerado junto com: Condicionamento em odontologia, Condicionamento em Odontologia para pacientes com necessidades especiais e Estabilização de paciente por meio de contenção física ou mecânica.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
83.000.089	Exodontia Simples dente decíduo	80	D	I-F		U	Rx inicial PA, IP ou PAN e Rx final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.000.787	Imobilização dentária em dentes deciduos	67	D	I-F		12	Descrever justificativa clínica no campo de observações da GTO. Rx inicial e final PA. Inclui material para imobilização. Mínimo de 3 elementos.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
83.000.127	Pulpotomia em dentes deciduos	104	D	I-F		U	Única vez por elemento dental. Rx inicial e final PA. Não remunerado com restauração temporária. Incluso medicação intracanal.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

83.000.135	Restauração atraumática em dente decíduo	100	D	I-F		12	Não remunerado se houver outros procedimentos programados para o elemento. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
83.000.151	Tratamento endodôntico e obturação de dentes decíduos	200	D	I-F		U	Observar existência de 2/3 ou mais de remanescente radicular do dente decíduo. Preenchimento adequado de material dentro da câmara pulpar e condutos radiculares. Radiografia incluídas, necessário envio RX inicial e final para remuneração. Radiografia e restaurações temporárias incluídas no procedimento. Atenção para o preenchimento completo dos condutos em toda sua extensão, não sendo válido para dentes em processo de esfoliação.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.707	Ulectomia	80	D	I	I	U	Para remuneração é necessário envio de Rx inicial e foto inicial, que justifique necessidade de realização do procedimento. Dente em fase de erupção com hipertrofia mucosa gengival. Não remunerado junto com ulotomia. Para pacientes até 12 anos de idade.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.715	Ulotomia	80	D	I	I	U	Para remuneração necessário envio de Rx inicial e foto inicial, que justifique necessidade de realização do procedimento. Dente em fase de erupção com fibrose gengival. Consiste em realizar a incisão do capuz mucoso para que o dente permanente possa erupcionar. Não remunerado junto com ulectomia. Para pacientes até 12 anos de idade.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

DENTÍSTICA																	
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE USO	DENTE/ÁREA	RAIO X	FOTOGRAFIA	LONGEVIDADE	REGRAS TÉCNICAS	DENTAL BÁSICO	MASTER PLUS	MASTER I (ROL ANS)	MASTER I DOC	MASTER TEEN	MASTER II	MASTER III	MASTER IV	MASTER IV CLAREAMENTO	MASTER TOTAL
85.100.013	Capeamento pulpar direto	34	D	I-F		U	Resguardar período mínima de 30 dias para realização da restauração definitiva. Necessário envio de Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.064	Faceta direta em Resina fotopolimerizável	200	D		I-F	24	Inclui forramento e polimento. Para dentes permanentes. Remunerado somente com envio de fotografia que justifique a necessidade da realização do procedimento solicitado e fotografia inicial e final para remuneração	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.099	Restauração amálgama - 1 face	67	D		I	24	Inclui forramento e polimento. Para dentes decíduos e permanentes. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cárie ativa.Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.102	Restauração amálgama - 2 faces	100	D		I	24	Inclui forramento e polimento. Para dentes decíduos e permanentes. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cárie ativa.Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.110	Restauração amálgama - 3 faces	117	D		I	24	Inclui forramento e polimento. Para dentes decíduos e permanentes. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cárie ativa.Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.129	Restauração amálgama - 4 faces ou mais faces	134	D		I	24	Inclui forramento e polimento. Para dentes decíduos e permanentes. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cárie ativa.Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.080	Restauração atraumática em dente permanente	20	D	I-F		U	Até 12 anos de idade. Necessário o envio de Rx inicial e final PA, IP ou PAN para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	80	D		I	12	Inclui forramento e polimento. Para dentes decíduos e permanentes. Até 15 anos. Rx inicial PA e/ou fotografia. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cárie ativa.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	100	D		I	12	Inclui forramento e polimento. Para dentes decíduos e permanentes. Até 15 anos. Rx inicial PA e/ou fotografia. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cárie ativa.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	100	D		I	12	Inclui forramento e polimento. Para dentes decíduos e permanentes. Até 15 anos. Rx inicial PA e/ou fotografia. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cárie ativa.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces ou mais faces	120	D		I	12	Inclui forramento e polimento. Para dentes decíduos e permanentes. Até 15 anos. Rx inicial PA e/ou fotografia. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cárie ativa.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

85.100.196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	80	D		I	24	Inclui forramento e polimento. Para dentes decíduos e permanentes. Rx inicial PA e/ou fotografia. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cárie ativa.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	117	D		I	24	Inclui forramento e polimento. Para dentes decíduos e permanentes. Rx inicial PA e/ou fotografia. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cárie ativa.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	150	D		I	24	Inclui forramento e polimento. Para dentes decíduos e permanentes. Rx inicial PA e/ou fotografia. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cárie ativa.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.100.226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces ou mais faces	150	D		I	24	Inclui forramento e polimento. Para dentes decíduos e permanentes. Rx inicial PA e/ou fotografia. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique presença de cárie ativa.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.085	Restauração temporária / Tratamento expectante	34	D	I-F		U	Indicado para cavidades profundas, sem exposição pulpar. Permanência mínima de 60 dias para realização de restauração definitiva. Rx inicial e final PA. Não remunerada junto com curativo em caso de odontalgia aguda, pulpectomia e tratamentos ou retratamento endodônticos.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

PERIODONTIA																		
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE USO	DENTE/ÁREA	RAIO X	FOTOGRAFIA	LONGEVIDADE	REGRAS TÉCNICAS	DENTAL BÁSICO	MASTER PLUS	MASTER I (ROL-ANS)	MASTER I DOC	MASTER TEEN	MASTER II	MASTER III	MASTER IV	MASTER IV CLAREAMENTO	MASTER TOTAL	
82.000.026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia	20	ASAÍ		6		Remunerado apenas quando associado à realização de Cirurgia Periodontal a Retalho. Pode ser solicitado 03 meses após a cirurgia. Restrito a especialidade de Periodontia. Não remunerado com controle pós operatório em Odontologia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
820.002.012	Aumento de coroa clinica	137	D	I-F		U	Indicado para remoção óssea e recuperação de espaço biológico. Não remunerado junto com cirurgia periodontal a retalho, cunha proximal, gengivectomia, gengivoplastia e enxertos. Necessário Rx Inicial e final para pagamento. Já inclui curativo gengival.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
82.000.417	Cirurgia periodontal a retalho	224	HA	I	F	12	Inclui Profilaxia. Caso após a realização da Raspagem Sub-gengival, não houver recuperação dos tecidos de suporte, a fase cirúrgica será autorizada após 30 dias. Rx inicial PA ou PAN e fotografia final. Para maiores de 15 anos de idade. Não remunerado com: Gengivectomia, Raspagem Supra-gengival e Raspagem Sub-gengival.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
82.000.557	Cunha proximal /distal	80	D	I	F	U	Válido apenas para região de 3º Molares. Rx inicial PA. Não autorizado simultaneamente com os procedimentos de Aumento de coroa clínica, Gengivectomia, Enxerto gengival livre e Enxerto gengival pediculado.Idade mínima de 15 anos.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	

82.000.662	Enxerto gengival livre	130	D	I	I	24	Descrever no campo de observações da GTO indicação, técnica utilizada e área doadora. Autorizado a partir de 15 anos de idade. Restrito a especialidade de Periodontia. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado e Rx inicial e final inclui curativo pós cirúrgico.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.689	Enxerto gengival pediculado	150	D	I	I	24	Descrever no campo de observações da GTO indicação, técnica utilizada e área doadora. Autorizado a partir de 15 anos de idade. Restrito a especialidade de Periodontia. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado e ou Rx inicial e final inclui curativo pós cirúrgico.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.921	Gengivectomia	67	HA	I	I	12	Descrever no campo de observações da GTO indicação, justificativa técnica para realização da cirurgia e dentes envolvidos. Autorizado para pacientes a partir de 15 anos de idade. Não autorizado simultaneamente ao procedimento de Raspagem supra e sub-gengival e Cirurgia Periodontal a retalho. Remunerado somente com envio de fotografia inicial que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado e Rx inicial e final.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.300.020	Imobilização dentária em dentes permanentes	114	D	I-F		12	Correta indicação para imobilização: trauma ou perda óssea. Necessário envio de Rx inicial PA ou PAN e Rx final para remuneração. Mínimo de 3 (três) elementos envolvidos neste procedimento.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
81.000.294	Levantamento radiográfico periapical série completa	100	ASAI			12	Autorizado para diagnóstico periodontal e para especialista em Periodontia que executará o procedimento. Para pacientes com idade mínima de 15 anos.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.300.039	Raspagem sub gengival / alisamento radicular	104	HA	I		6	Não remunerado junto com: Profilaxia, Raspagem Supra-gengival e Cirurgia Periodontal a Retalho. Comprovação de perda óssea vertical. Tratamento não cirúrgico de periodontite avançada-bolsas acima de 4 mm. Para pacientes com idade mínima de 15 anos. Exceções anexar relatório. Rx inicial PA ou PAN.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

CIRURGIA																	
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE USO	DENTE/ÁREA	RAIO X	FOTOGRAFIA	LONGEVIDADE	REGRAS TÉCNICAS	DENTAL BÁSICO	MASTER PLUS	MASTER I (ROL ANS)	MASTER I DOC	MASTER TEEN	MASTER II	MASTER III	MASTER IV	MASTER IV CLAREAMENTO	MASTER TOTAL
82.000.034	Alveoloplastia	100	HA			U	Planejamento de PT ou PPR. Não remunerado junto com os códigos de exodontia. Rx inicial PA ou PAN.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.050	Amputação radicular com obturação retrógrada	122	D			U	Consiste em realizar a remoção de uma raiz comprometida, com obturação do forame remanescente. Necessário envio de Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	122	D	I-F		U	Consiste em realizar a remoção de uma raiz comprometida, com obturação do forame remanescente. Necessário envio de Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.174	Apicectomia uniradicular com obturação retrógrada	280	D	I-F		U	Consiste em realizar a remoção de uma raiz comprometida, com obturação do forame remanescente. Necessário envio de Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.182	Apicectomia uniradicular sem obturação retrógrada	240	D	I-F		U	Consiste em realizar a remoção de uma raiz comprometida, com obturação do forame remanescente. Necessário envio de Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.077	Apicectomia biradicular com obturação retrógrada	320	D	I-F		U	Consiste em realizar a remoção de uma raiz comprometida, com obturação do forame remanescente. Necessário envio de Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.085	Apicectomia biradicular sem obturação retrógrada	280	D	I-F		U	Consiste em realizar a remoção de uma raiz comprometida, com obturação do forame remanescente. Necessário envio de Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.158	Apicectomia multiradicular com obturação retrógrada	360	D	I-F		U	Consiste em realizar a remoção de uma raiz comprometida, com obturação do forame remanescente. Necessário envio de Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.166	Apicectomia multiradicular sem obturação retrógrada	320	D	I-F		U	Consiste em realizar a remoção de uma raiz comprometida, com obturação do forame remanescente. Necessário envio de Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.190	Aprofundamento / Aumento do Vestíbulo	150	AS ou AI		I	U	Planejamento de PT ou PPR. Não remunerado junto com Reconstrução de Sulco Gingivo-Labial.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.239	Biópsia de boca	67	ASAI			12	Envio de cópia do laudo anatomopatológico. Remuneração refere-se exclusivamente ao ato cirúrgico. Descrever região no campo de observações da GTO. Restrito as especialidades de Estomatite e Cirurgia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.247	Biópsia de glândula salivar	67	ASAI			12	Envio de cópia do laudo anatomopatológico. Remuneração refere-se exclusivamente ao ato cirúrgico. Descrever região no campo de observações da GTO. Restrito as especialidades de Estomatite e Cirurgia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

82.000.255	Biópsia de lábio	67	ASAI			12	Envio de cópia do laudo anatomopatológico. Remuneração refere-se exclusivamente ao ato cirúrgico. Descrever região no campo de observações da GTO. Restrito as especialidades de Estomatite e Cirurgia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.263	Biópsia de língua	67	ASAI			12	Envio de cópia do laudo anatomopatológico. Remuneração refere-se exclusivamente ao ato cirúrgico. Descrever região no campo de observações da GTO. Restrito as especialidades de Estomatite e Cirurgia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.271	Biópsia de mandíbula	67	ASAI			12	Envio de cópia do laudo anatomopatológico. Remuneração refere-se exclusivamente ao ato cirúrgico. Descrever região no campo de observações da GTO. Restrito as especialidades de Estomatite e Cirurgia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.280	Biópsia de maxila	67	ASAI			12	Envio de cópia do laudo anatomopatológico. Remuneração refere-se exclusivamente ao ato cirúrgico. Descrever região no campo de observações da GTO. Restrito as especialidades de Estomatite e Cirurgia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.298	Bridectomia	250	AS ou AI			U	Planejamento de PT ou PPR. Necessário relatório com justificativa. Não remunerado junto com bridotomia e tratamento cirúrgico de bridas. Restrito as especialidades de Periodontia e Cirurgia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.301	Bridotomia	250	AS ou AI			U	Planejamento de PT ou PPR. Necessário relatório com justificativa. Não remunerado com bridectomia e tratamento cirúrgico de bridas. Restrito as especialidades de Periodontia e Cirurgia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.352	Cirurgia para exostose maxilar	300	AS	I		U	Planejamento de PT ou PPR. Necessário relatório com justificativa clínica para o procedimento. Restrito a especialidade de Cirurgia. Necessário envio Rx inicial PA ou PAN, para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.360	Cirurgia para tórus mandibular bilateral	320	AI	I		U	Planejamento de PT ou PPR. Necessário relatório com justificativa clínica para o procedimento. Restrito a especialidade de Cirurgia. Necessário envio Rx inicial PA ou PAN, para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.387	Cirurgia para tórus mandibular unilateral	150	AI	I		U	Planejamento de PT ou PPR. Necessário relatório com justificativa clínica para o procedimento. Restrito a especialidade de Cirurgia. Necessário envio Rx inicial PA ou PAN, para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.395	Cirurgia para tórus palatino	200	AS	I		U	Planejamento de PT ou PPR. Necessário relatório com justificativa clínica para o procedimento. Restrito a especialidade de Cirurgia. Necessário envio Rx inicial PA ou PAN, para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.743	Exérese de lipoma na região B.M.F	67	ASAI		I-F	U	Necessário envio de foto inicial, que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado, foto final e laudo para remuneração. Restrito as especialidades de Estomatologia e Cirurgia. Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos moles da região B.M.F.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	67	AS ou AI	I	I	U	Necessário envio de foto inicial, que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado, foto final e laudo para remuneração. Restrito as especialidades de Estomatologia e Cirurgia. Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos moles da região B.M.F.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	114	D	I	I	U	Necessário envio de Fotografia inicial, que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado, foto final e laudo para remuneração. Restrito as especialidades de Estomatologia e Cirurgia. Rx inicial PA ou PAN ou fotografia. Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, mediante envio do resultado histopatológico. Deve ser realizado somente em ambiente ambulatorial.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.794	Exérese ou excisão de mucocoele	67	ASAI		I	U	Necessário envio de Fotografia inicial, que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado e laudo para remuneração. Descrever região no campo de observações da GTO. Restrito as especialidades de Estomatologia e Cirurgia. Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, mediante envio do resultado histopatológico. Deve ser realizado somente em ambiente ambulatorial.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.808	Exérese ou excisão de rânula	114	ASAI		I	U	Necessário envio de foto inicial, que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado e laudo para remuneração. Descrever região no campo de observações da GTO. Restrito as especialidades de Estomatologia e Cirurgia. Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, mediante envio do resultado histopatológico. Deve ser realizado somente em ambiente ambulatorial.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

82.000.816	Exodontia a retalho	120	D	I-F		U	Consiste em remoção dentária com indicação de abertura cirúrgica da gengiva. Indicado para elementos abaixo da linha de oclusão. Necessário envio de Rx inicial PA ou PAN e Rx final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	80	D	I-F		U	Necessário envio da solicitação do ortodontista/protesista assinada e carimbada. Rx inicial PA ou PAN e Rx final para remuneração	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.859	Exodontia de raiz residual	80	D	I-F		U	Correta indicação para dentes sem remanescente coronário. Necessário envio de Rx inicial PA ou PAN e Rx final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.875	Exodontia simples dente permanente	80	D	I-F		U	Considerada inserção óssea e remanescente coronário. Necessário envio de Rx inicial PA ou PAN e Rx final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.883	Frenulectomia labial	80	AS ou AI		I	U	Necessário relatório com justificativa clínica para o procedimento. Não remunerado junto com frenulotomia labial. Necessário envio de fotografia inicial que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado.	N	S	S	S		S	S	S	S	S	S
82.000.891	Frenulectomia lingual	80	AI		I	U	Necessário relatório com justificativa clínica para o procedimento. Não remunerado junto com frenulectomia labial. Necessário envio de fotografia inicial que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.905	Frenulotomia labial	80	AS ou AI		I	U	Necessário relatório com justificativa clínica para o procedimento. Não remunerado junto com frenulectomia labial. Necessário envio de fotografia inicial que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.000.913	Frenulotomia lingual	80	AI		I	U	Necessário relatório com justificativa clínica para o procedimento. Não remunerado junto com frenulectomia labial. Necessário envio de fotografia inicial que justifique necessidade de realização do procedimento solicitado.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.073	Odonto secção	80	D	I-F		U	Procedimento autorizado para separação e manutenção de uma ou mais raízes. Não autorizado junto com procedimentos de exodontia. Necessário envio de Rx inicial e final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.103	Punção aspirativa na região buco maxilo facial	168	ASAI			12	Necessário o envio de cópia do laudo anatomopatológico. Remuneração refere-se exclusivamente ao ato cirúrgico. Descrever região no campo de observações da GTO. Restrito as especialidades de Estomatologia e Cirurgia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.154	Reconstrução de sulco gengivo labial	150	AS ou AI			U	Planejamento de PT ou PPR. Necessário relatório com justificativa clínica para o procedimento. Não remunerado junto com Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	320	D	I-F		U	Consiste em reduzir o alvéolo por meio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentos ósseos fraturados, com contenção por meio rígido (cirurgia aberta). Necessário de Rx inicial PA ou PAN e Rx final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	320	D	I-F		U	Consiste em reduzir o alvéolo por meio de manobra bi digital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados (cirurgia fechada). Rx inicial PA ou PAN e Rx final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.286	Remoção de dente incluído / impactado	320	D	I-F	I	U	Indicação para dentes cuja porção coronária apresenta inclusão óssea/submucosa ou impactados (não erupcionados por obstrução). Inclui alveoplastia, regularização do rebordo, osteotomias e excisões de tecidos moles. Necessário o envio de Rx inicial PA ou PAN e Rx final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.294	Remoção de dente semi-incluído / impactado	300	D	I-F	I	U	Indicação para dentes cuja porção coronária estejam parcialmente recobertos por tecido ósseo/submucoso, em comunicação com o meio bucal. Inclui alveoplastia, regularização do rebordo, osteotomias e excisões de tecidos moles. Necessário o envio de Rx inicial PA ou PAN e Rx final para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

82.001.545	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região B.M.F.	185	AS ou AI			U	Planejamento de PT ou PPR. Necessário relatório com justificativa. Não remunerado junto com : Bridectomia e Bridotomia. Restrito as especialidades de Periodontia e Cirurgia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.510	Tratamento cirúrgico de fistula buco nasal	185	AS	I		U	Inclui remoção também de corpo estranho. Realizado somente em ambiente ambulatorial. Restrito a especialidade de Cirurgia. Necessário envio de Rx inicial PA ou PAN para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.529	Tratamento cirúrgico de fistula buco sinusal	185	AS	I		U	Inclui remoção também de corpo estranho. Realizado somente em ambiente ambulatorial. Restrito a especialidade de Cirurgia. Necessário envio de Rx inicial PA ou PAN para remuneração.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região B.M.F	185	AS ou AI		I	U	Somente para beneficiários portadores de PT ou PPR. Restrito a especialidade de Cirurgia. Fotografia inicial que justifique necessidade de realização do procedimento.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias tecidos ósseos/cartilaginosos B.M.F	185	AS ou AI	I		U	Necessário envio de relatório clínico e Rx inicial e final para remuneração. Restrito a especialidade de Cirurgia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.618	Tratamento cirúrgico de tumor benigno em tecidos moles na região B.M.F	185	AS ou AI			U	Necessário envio de relatório clínico e Rx inicial e final para remuneração. Restrito a especialidade de Cirurgia. Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, mediante envio de resultado histopatológico. Realizado somente em ambiente ambulatorial.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos e tecidos ósseos/cartilaginosos na região B.M.F	185	AS ou AI	I-F		U	Necessário envio de relatório clínico e Rx inicial e final para remuneração. Restrito a especialidade de Cirurgia. Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, mediante envio de resultado histopatológico. Realizado somente em ambiente ambulatorial.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.634	Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução	185	AS ou AI	I-F		U	Necessário envio e relatório clínico e Rx inicial e final para remuneração. Restrito a especialidade de Cirurgia. Remuneração exclusiva para o ato cirúrgico, mediante envio de resultado histopatológico. Realizado somente em ambiente ambulatorial.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
82.001.685	Tunelização	300	AS ou AI	I		U	Descrever no campo de observações da GTO, indicação, justificativa técnica para realização da cirurgia e dentes envolvidos. Rx inicial PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

ENDODONTIA																	
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE USO	DENTE/ÁREA	RAIO X	FOTOGRAFIA	LONGEVIDADE	REGRAS TÉCNICAS	DENTAL BÁSICO	MASTER PLUS	MASTER I (ROL-ANS)	MASTER I DOC	MASTER TEEN	MASTER II	MASTER III	MASTER IV	MASTER IV CLAREAMENTO	MASTER TOTAL
85.100.056	Curativo de demora em endodontia	67	D	I-F		U	Indicado para trocas periódicas de hidróxido de cálcio em dentes permanentes com reabsorção radicular. Máximo 3 sessões. Rx inicial e final PA. Não remunerado com Consulta de Urgência , Pulpectomia, Pulpotomia em Dente Deciduo, Pulpotomia em Dente Permanente, Restauração temporária/ Tratamento expectante.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.042	Pulpotomia em dentes permanentes	104	D	I-F		U	Única vez por elemento dental. Rx inicial e final PA. Não remunerado se o tratamento endodôntico for realizado com o mesmo profissional ou na mesma clínica. Inclui medicação intracanal, bem como o procedimento de curativo de demora em endodontia.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

85.200.026	Preparo para nucleo intraradicular	67	D	I-F		60	O preparo deve ter comprimento compatível com o tipo de pino solicitado, ao tamanho da raiz, inserção óssea e proporcional ao tamanho da coroa. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.050	Remoção de corpo estranho intracanal	67	D	I-F		U	Não remunerado com remoção de nucleo intrarradicular e com o tratamento protético.RX inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	67	D	I-F		U	Deixar apenas em sistema. Procedimento incluso no retratamento endodôntico.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.093	Retratamento endodôntico biradicular	533	D	I-F		36	Este inclui a desobturação do conduto. Não são remunerados retratamentos parciais. O rx final deve ser realizado após a condensação e finalização da obturação endodôntica e apresentar os condutos dissociados. Incluídas as radiografias. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.107	Retratamento endodôntico multiradicular	775	D	I-F		36	Este inclui a desobturação do conduto. Não são remunerados retratamentos parciais. O rx final deve ser realizado após a condensação e finalização da obturação endodôntica e apresentar os condutos dissociados. Incluídas as radiografias. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.115	Retratamento endodôntico uniradicular	330	D	I-F		36	Este inclui a desobturação do conduto. Não são remunerados retratamentos parciais. O rx final deve ser realizado após a condensação e finalização da obturação endodôntica e apresentar os condutos dissociados. Incluídas as radiografias. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.123	Tratamento de perfuração endodôntica	200	D	I-F		U	Presença de perfuração em dentes viáveis. Consiste no selamento de perfuração endodôntica. Incluídas as radiografias. Enviar termo de consentimento informado. Rx inicial e final PA. Associar ao tratamento endodôntico. Obrigatório envio de laudo.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.140	Tratamento endodôntico biradicular	412	D	I-F		U	O Rx final deve ser realizado após a condensação e finalização da obturação endodôntica e apresentar os condutos dissociados. Incluídas as radiografias. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.158	Tratamento endodôntico multiradicular	630	D	I-F		U	O Rx final deve ser realizado após a condensação e finalização da obturação endodôntica e apresentar os condutos dissociados. Incluídas as radiografias. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.166	Tratamento endodôntico uniradicular	230	D	I-F		U	O Rx final deve ser realizado após a condensação e finalização da obturação endodôntica e apresentar os condutos dissociados. Incluídas as radiografias. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	60	D	I-F		U	Dentes com ápice aberto. Máximo de 3 sessões. Não é aplicado para casos de regressão de lesão periapical. Inclui as radiografias. Rx inicial e final PA. Indicado para pré tratamento e preparação do conduto que precede o tratamento endodôntico.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

ORTODONTIA																	
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE USO	DENTE/ÁREA	RAIO X	FOTOGRAFIA	LONGEVIDADE	REGRAS TÉCNICAS	DENTAL BÁSICO	MASTER PLUS	MASTER I (ROL ANS)	MASTER I DOC	MASTER TEEN	MASTER II	MASTER III	MASTER IV	MASTER IV CLAREAMENTO	MASTER TOTAL
86.000.063	Aparelho ortodôntico	0	ASAI	I		U		N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
81.000.189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	100	ASAI			U	Código a ser utilizado para Diagnóstico e Planejamento em Ortodontia (Inicial). Inclui anamnese, exame clínico, plano de tratamento e instalação do aparelho. Necessário envio de Exames complementares, por e-mail, para Pré Aprovação - RX PAN, Teleradiografia com traçado, fotos intra e extra bucais (frente e perfil, lados direito e esquerdo). Não remunerado junto com consulta odontológica inicial.	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S

91.000.100	Documentação ortodôntica básica (Radiografia Panorâmica, Tele radiografia, 2 Traçados Cefalométricos e 6 Fotos e Modelo de Estudo.)	100	ASAI			U	Radiografia panorâmica, tele radiografia, 2 (dois) traçados cefalométricos, 6 fotos e modelo de estudo.	N	N	N	S	N	N	N	S	S	S
86.000.357	Manutenção de aparelho ortodôntico / fixo	100	ASAI				Incluso aparelho (s), instalação e manutenções de Aparelhos Ortodônticos Fixos Metálicos. Autorizado uma a cada 30 dias.	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S
86.000.365	Manutenção de aparelho ortodôntico / ortopédico	100	ASAI				Incluso aparelho (s), instalação e manutenções de Aparelhos Ortopédicos Removíveis. Autorizado uma a cada 30 dias.	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S
86.000.373	Manutenção de aparelho ortodôntico / removível	100	ASAI				Incluso aparelho (s), instalação e manutenções do período de contenção. Autorizado uma a cada 30 dias.	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S

PRÓTESE																	
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE USO	DENTE/ÁREA	RAIO X	FOTOGRAFIA	LONGEVIDADE	REGRAS TÉCNICAS	DENTAL BÁSICO	MASTER PLUS	MASTER I (ROL ANS)	MASTER I DOC	MASTER TEEN	MASTER II	MASTER III	MASTER IV	MASTER IV CLAREAMENTO	MASTER TOTAL
85.400.017	Ajuste oclusal por acréscimo	54	ASAI			36	Autorização mediante envio de justificativa clínica. Por sessão (até 3 sessões). Procedimento é incluso na realização de restauração e prótese. Não remunerado com ajuste oclusal por desgaste seletivo.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.400.025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	54	ASAI			36	Autorização mediante envio de justificativa clínica. Por sessão (até 3 sessões). Procedimento é incluso na realização de restauração e prótese. Não remunerado com ajuste oclusal por acréscimo.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.400.050	Conserto simples de prótese total	100	AS ou AI		I	12	Realizado em consultório e /ou laboratório. Obrigatório envio de justificativa clínica. Enviar fotografia inicial que justifique necessidade de realização do procedimento.	N	S	N	N	N	S	N	N	N	S
83.000.020	Coroa de acetato em dente decíduo	150	D	I-F		24	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Para pacientes com até 12 anos. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
87.000.040	Coroa de acetato em dente permanente	200	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
83.000.046	Coroa de aço em dente decíduo	100	D	I-F		24	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Para pacientes com até 12 anos. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
87.000.059	Coroa de aço em dente permanente	150	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
83.000.062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	150	D	I-F		24	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Para pacientes com até 12 anos. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
87.000.067	Coroa de policarbonato em dente permanente	200	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

85.400.092	Coroa total acrílica prensada	417	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Dentes permanentes. Rx inicial e final PA.	N	S	N	N	N	S	N	N	N	S
85.400.114	Coroa total em cerômero (conforme DUT 92/93 - ANS)	850	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Dentes permanentes anteriores. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.400.149	Coroa total metálica	543	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Dentes permanentes posteriores. Rx inicial e final PA.(conforme DUT 92/93 - ANS)	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.400.157	Coroa total metal cerâmica	1000	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Dentes permanentes posteriores. Rx inicial e final PA.	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S
85.400.173	Coroa total metalo plástica de resina acrílica	750	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Dentes permanentes posteriores. Rx inicial e final PA.	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S
85.400.076	Coroa unitária provisória com pino	150	D	I		6	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Dentes permanentes. Rx inicial PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.400.084	Coroa unitária provisória sem pino	134	D	I		6	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Dentes permanentes. Rx inicial PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.400.211	Núcleo de preenchimento	70	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Solicitação apenas para restauração indireta e/ou utilização de pino pré fabricado, para elementos com grande destruição coronária e tratamento endodôntico adequadamente realizado, sem indicação para núcleo metálico fundido. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.400.220	Núcleo metálico fundido	250	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Autorizado para elementos com tratamento endodôntico adequadamente realizado. Deve possuir 2/3 do comprimento da raiz. A remuneração da coroa protética está vinculado à qualidade final do núcleo metálico fundido. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.400.262	Pino pré fabricado	120	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Autorizado para elementos com tratamento endodôntico adequadamente realizado e também pode ser utilizado em dentística. Utilizado para pinos metálicos, fibra de vidro ou de carbono. A remuneração da coroa protética está vinculado à qualidade final do pino. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.400.289	Prótese fixa adesiva direta provisória (3 elementos)	425	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Autorizado apenas para dentes anteriores e limitado a 3 elementos (Aletas de suporte inclusas). Rx inicial e final PA.	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S
85.400.300	Prótese fixa adesiva metalo cerâmica (3 elementos)	1527	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Autorizado apenas para dentes anteriores e limitado a 3 elementos (Aletas de suporte inclusas). Rx inicial e final PA.	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S
85.400.319	Prótese fixa adesiva metalo plástica (3 elementos)	1260	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Autorizado apenas para dentes anteriores e limitado a 3 elementos (Aletas de suporte inclusas). Rx inicial e final PA.	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S
85.400.335	Prótese parcial fixa metalo cerâmica (3 elementos)	1017	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Autorizado apenas para dentes posteriores e limitado a 3 elementos. Rx inicial e final PA.	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S
85.400.343	Prótese parcial fixa metalo plástica (3 elementos)	800	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Autorizado apenas para dentes posteriores e limitado a 3 elementos. Rx inicial e final PA.	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S

85.400.360	Prótese parcial fixa provisória (3 elementos)	140	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Autorizado apenas para dentes posteriores e limitado a 3 elementos. Rx inicial e final PA.	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S
85.400.394	Prótese parcial removível provisória com ou sem grampos	397	AS ou AI	I-F	F	60	Não remunerado caso os dentes pilares não apresentem condições periodontais adequadas. Rx inicial e final PA ou fotografia da prótese instalada.	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S
85.400.386	Prótese parcial removível com grampos bilateral	1440	AS ou AI	I-F	F	60	Não remunerado caso os dentes pilares não apresentem condições periodontais adequadas. Rx inicial e final PA ou fotografia da prótese instalada.	N	S	N	N	N	S	N	N	N	S
85.400.416	Prótese total imediata	1017	AS ou AI	I	F	60	Indicada para os casos de exodontias múltiplas recentes, necessidade de prótese temporária para cicatrização e acomodação dos tecidos. Inclui o Reembasamento (85.400.491) se necessário. Enviar fotografia da prótese instalada.	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S
85.400.408	Prótese total superior ou inferior	1017	AS ou AI	I	F	60	Indicada na ausência total de dentes. Só poderá ser solicitada após 40 dias da autorização da Prótese Total Imediata, quando necessária.Necessário panorâmica para pré aprovação. Enviar fotografia da prótese instalada.	N	S	N	N	N	S	N	N	N	S
85.400.459	Provisório para restauração metálica fundida	134	D	I		6	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Rx inicial PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.200.077	Remoção de núcleo intraradicular	67	D	I-F		36	Consiste na remoção do núcleo da cavidade intraradicular. Não remunerado com preparo para núcleo intrarradicular. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.400.505	Remoção de trabalho protético	90	D	I-F		36	Não remunerado junto com remoção de núcleo intrarradicular e com o tratamento protético. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S
85.400.556	Restauração metálica fundida	410	D	I-F		60	Necessário envio de Rx inicial para Pré Aprovação. Não será aprovado sobre núcleo metálico fundido, em dentes que sugerem reconstrução por meio direto e em dentes posteriores com destruição coronária extensa. Rx inicial e final PA.	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S

CLAREAMENTO																	
CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE DE USO	DENTE/ÁREA	RAIO X	FOTOGRAFIA	LONGEVIDADE	REGRAS TÉCNICAS	DENTAL BÁSICO	MASTER PLUS	MASTER I (ROL ANS)	MASTER I DOC	MASTER TEEN	MASTER II	MASTER III	MASTER IV	MASTER IV CLAREAMENTO	MASTER TOTAL
85.100.021	Clareamento dentário caseiro com gel	100	ASAÍ		I	12	Necessário envio de fotografia inicial para Pré Aprovação. Todas as consultas necessárias já estão incluídas no valor. As trocas de restaurações com finalidade estética após a realização do clareamento, não possuem cobertura.	N	N	N	N	N	N	S	N	S	S