

TABELA DE HONORÁRIOS ODONTOLÓGICOS - IPSEMG/2022

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 04) 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 04) será necessário o envio de radiografia inicial, de todos os dentes com necessidade restauradora. **PERIODONTIA** 1) A raspagem subgingival 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 subgingival em mais de 02 hemiarcos por sessão. 2) A cirurgia periodontal poderá ser realizada somente após a raspagem subgingival, 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.	91,96	NÃO	NÃO
2017	EXODONTIA VIA NAO ALVEOLAR OU A RETALHO	Autorizado quando não for possível a exodontia convencional, incluído odontosecção. Incluída alveoloplastia, quando indicada. Em caso de extranumerário permanente utilizar 19, 29, 39, 49. Se dente decíduo, utilizar 59, 69, 79 e 89. Em caso de indicação ortodôntica é necessário anexar a solicitação do Ortodontista. Necessário radiografia inicial.	66,64	NÃO	NÃO
2012	BRIDECTOMIA/ FRENECTOMIA/FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR	Necessário justificativa na GTO e/ou solicitação do ortodontista. Necessário envio de fotografia.	61,00	NÃO	NÃO
2015	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	Incluída a alveoloplastia, quando indicada. Em caso de extranumerário, utilizar 19, 29, 39, 49. Em caso de indicação ortodôntica é necessário anexar a solicitação do Ortodontista. Necessário radiografia inicial.	50,27	NÃO	NÃO
2024	RECOLOCACAO (REIMPLANTE) DE DENTE NO ALVEOLO - POR ELEMENTO	Autorizado para URGÊNCIA. Autorizado 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.	38,63	SIM	NÃO
2040	RIZECTOMIA OU ODONTOSECCAO	Não autorizado com Exodontia. Necessário radiografia inicial e final.	93,30	NÃO	NÃO
2044	ULOTOMIA / ULECTOMIA	Autorizado para dente em fase de erupção. Necessário envio de fotografia.	42,54	NÃO	NÃO
6011	CUNHA DISTAL OU MESIAL	Necessário justificativa na GTO e/ou solicitação profissional. Necessário fotografia inicial.	42,61	NÃO	NÃO
CIRURGIA 2					
Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
2001	ALVEOLOMIA/ALVEOLOPLASTIA (POR HEMI-ARCO)	Autorizado para regularização do rebordo em caso de exodontias múltiplas, previamente à PPR ou à Prótese Total. Necessário radiografia inicial.	70,99	SIM	NÃO
2005	APICETOMIA/CURETAGEM APICAL: INCISIVOS E CANINOS	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial e final.	106,49	NÃO	NÃO

2006	APICETOMIA/CURETAGEM APICAL: MOLARES	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial e final.	143,54	NÃO	NÃO
2007	APICETOMIA/CURETAGEM APICAL: PRE-MOLARES	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial e final.	143,54	NÃO	NÃO
2002	APICETOMIA / RETRO OBTURACAO: INCISIVOS E CANINOS	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial e final.	111,32	NÃO	NÃO
2004	APICETOMIA COM RETRO OBTURACAO: MOLARES	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial e final.	143,54	NÃO	NÃO
2003	APICETOMIA C/ RETRO OBTURACAO: PRE MOLARES	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial e final.	143,46	NÃO	NÃO
2009	CISTECTOMIA	Não autorizado com Apicetomias (2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007). Necessário radiografia inicial.	92,40	NÃO	NÃO
2008	CIRURGIA TRACIONAMENTO ORTODONTICO	Necessário solicitação do ortodontista e radiografia inicial.	159,71	NÃO	NÃO
2013	EXERESE E MARSUPIALIZACAO RANULAS MUCO-SALIVAR	Necessário justificativa na GTO com registro da área envolvida e fotografia inicial.	116,64	NÃO	NÃO
2014	EXERESE TUMORES BENIGNOS MAXILAR / MANDIBULAR	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.	181,50	NÃO	NÃO
2016	EXODONTIA DE DENTE INCLUSO E/OU IMPACTADO	Incluída a alveoloplastia, se indicada. Incluídos acompanhamento e remoção de sutura. Em caso de extranumerário permanente, utilizar 19, 29, 39, 49. Se dente decíduo, utilizar 59, 69, 79 e 89. Em caso de indicação ortodôntica é necessário anexar a solicitação do Ortodontista. Necessário radiografia inicial.	130,90	NÃO	NÃO
2021	PLASTIA COMUNICACAO BUCO-NASO-SINUSAL	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial ou tomografia.	170,02	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.	82,79	NÃO	NÃO
2043	TRATAMENTO CIRURGICO OSTEOMIELEITE MAXILAR / MANDIBULAR	Necessário justificativa na GTO, com registro da área envolvida. Necessário radiografia inicial ou tomografia.	86,74	NÃO	NÃO

2042	TRATAMENTO CIRURGICO FISTULA BUCO SINUSAL	Necessário justificativa na GTO e radiografia inicial.	82,79	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.	116,64	NÃO	NÃO
2050	CIRURGIA DE TORUS	Necessário justificativa na GTO e fotografia inicial.	85,01	NÃO	NÃO
DENTISTICA 1					
Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
3006	AMALGAMA 2 FACES	Autorizado para dentes posteriores com comprometimento de 02 faces interligadas ou não. Autorizado somente um código por dente. Necessário radiografia inicial, conforme o caso (ver Observações Gerais da Tabela).	37,62	NÃO	NÃO
3007	AMALGAMA 1 FACE	Autorizado para dentes posteriores. Não autorizado quando houver acometimento de outras faces do dente. Necessário radiografia inicial (ver Observações Gerais da Tabela).	30,05	NÃO	NÃO
3005	AMALGAMA 3 OU MAIS FACES	Autorizado para dentes posteriores com comprometimento de 03 ou mais faces interligadas ou não. Autorizado somente um código por dente. Necessário envio de radiografia inicial, conforme o caso (ver Observações Gerais da Tabela).	45,14	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. O código se refere estritamente a restauração, não podendo ser utilizado como forramento cavitário/preenchimento. Não autorizado com Selamento provisório (1005) e Adequação de meio bucal (1004).	29,94	NÃO	NÃO
3015	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	Restauração para dentes anteriores, com envolvimento ou não das faces proximais. Não autorizado com demais restaurações no mesmo elemento. Não autorizado com finalidade exclusivamente estética. Necessário radiografia inicial ou fotografia	57,12	NÃO	NÃO
3009	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - CLASSE V	Autorizado para as faces vestibular ou palatina/lingual de dentes anteriores e posteriores. Não autorizado quando houver acometimento de outras faces do dente. Necessário fotografia inicial conforme o caso (ver Observações Gerais da Tabela).	33,22	NÃO	NÃO
3011	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - 3 OU MAIS FACES	Autorizado para dentes posteriores. Inclui as faces L, P e/ou V interligadas ou não. Autorizado somente um código por dente. Necessário radiografia inicial conforme o caso (ver Observações Gerais da Tabela).	54,68	NÃO	NÃO

3014	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - CLASSE IV	Autorizado para dentes anteriores com comprometimento de ângulo (M ou D). Inclui as faces L, P e/ou V interligadas ou não. Necessário radiografia inicial conforme o caso (ver Observações Gerais da Tabela).	40,17	NÃO	NÃO
3013	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - CLASSE III	Autorizado para dentes anteriores com comprometimento de faces proximais (faces mesial ou distal). Inclui as faces L, P e/ou V interligadas ou não. Necessário radiografia inicial conforme o caso (ver Observações Gerais da Tabela).	33,22	NÃO	NÃO
3010	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL CLASSE I OU CLASSE II - 1 FACE	Autorizado "Classe I" para dentes anteriores (I) e posteriores (O). Autorizado "Classe II - 1 face" para dentes posteriores (M, D). Não autorizado quando houver acometimento de outras faces do dente. Necessário radiografia ou fotografia inicial conforme o caso (ver "Observações Gerais da Tabela").	33,22	NÃO	NÃO
3012	RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - 02 FACES	Autorizado para dentes posteriores com comprometimento de 02 faces interligadas ou não. Autorizado para dentes anteriores com comprometimento das faces V e P/L interligadas ou não. Autorizado somente um código por dente. Necessário radiografia inicial conforme o caso (ver Observações Gerais da Tabela).	46,35	NÃO	NÃO
3024	PROVISORIA - PROTESE FIXA ADESIVA	Autorizado somente para dentes anteriores, no máximo 3 elementos. Necessário radiografia inicial.	120,70	NÃO	NÃO
3031	MICROABRASAO	Necessário justificativa na GTO, com descrição da técnica utilizada. Necessário fotografia inicial e final.	31,36	NÃO	NÃO
3037	REPARO DE RESTAURACAO	Autorizado somente um código por dente. Não autorizado para o profissional executante quando a restauração estiver no prazo de longevidade.	14,96	NÃO	NÃO
DENTISTICA 2					
Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
7021	COROA TOTAL METALICA	Autorizado somente para molares, não passíveis de reconstrução por restauração metálica fundida. Necessário radiografia inicial e final.	242,55	NÃO	NÃO
7022	COROA METALOPLASTICA COM FACE EM RESINA/CEROMERO	Autorizado para dentes permanentes anteriores e posteriores. Necessário radiografia inicial e final.	286,00	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.	138,60	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.	242,55	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.	241,31	NÃO	NÃO
3021	COROA TOTAL EM CEROMERO OU SIMILAR	Autorizado para incisivos e pré-molares. Já incluídos os ajustes necessários. Necessário radiografia inicial e final.	344,08	NÃO	NÃO
3026	PROTESE FIXA ADESIVA 3 ELEMENTOS EM CEROMERO COM REFORCO EM METAL OU FIBRA	Autorizado somente para dentes anteriores, máximo de 3 elementos. Necessário radiografia inicial dos dentes suporte.	634,80	NÃO	NÃO
3032	COROA METALOCERAMICA	Autorizado para dentes permanentes anteriores e posteriores. Necessário radiografia inicial e final. Procedimento 100% custeado pelo beneficiário, conforme Deliberação nº 007 de 30/08/2011.	485,10	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 e fotografia inicial.	254,10	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.	380,37	NÃO	NÃO
3042	COROA TOTAL DE CERAMICA PURA	Autorizado para dentes permanentes anteriores e posteriores. Necessário radiografia inicial e final. Procedimento 100% custeado pelo beneficiário.	485,10	NÃO	NÃO
7036	PINO PRE-FABRICADO	Autorizado para dente com endodontia satisfatória, com remanescente coronário mínimo de 2 mm. Necessário radiografia inicial e final.	94,38	NÃO	NÃO
ENDODONTIA					
Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
4005	TRATAMENTO DE RIZOGENESE INCOMPLETA	Autorizado em dente permanente, por sessão, até 4 sessões. Necessário radiografia inicial e final.	38,57	NÃO	NÃO

4010	TRATAMENTO ENDODONTICO DE PRE-MOLARES	Já incluído o selamento provisório da cavidade. Necessário radiografia inicial e final.	163,02	NÃO	NÃO
4011	TRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLARES	Já incluído o selamento provisório da cavidade. Necessário radiografia inicial e final.	247,00	NÃO	NÃO
4013	TRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVOS E CANINOS	Já incluído o selamento provisório da cavidade. Necessário radiografia inicial e final.	118,04	NÃO	NÃO
4019	TRATAMENTO DE PERFURACAO	Necessário envio de Termo de Esclarecimento e Responsabilidade com o prognóstico do dente. Necessário radiografia inicial e final.	104,00	NÃO	NÃO
4021	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE INCISIVOS E CANINOS	Inclui a desobstrução do canal. Já incluído o selamento provisório da cavidade e radiografias. Necessário radiografia inicial e final.	144,00	NÃO	NÃO
4022	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE PRE-MOLARES	Inclui a desobstrução do canal. Já incluído o selamento provisório da cavidade e radiografias. Necessário radiografia inicial e final.	180,00	NÃO	NÃO
4024	RETRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLARES	Inclui desobstrução do canal. Já incluído o selamento provisório da cavidade e radiografias. Necessário radiografia inicial e final.	286,67	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).	17,33	NÃO	NÃO
5003	COROA DE ACO	Autorizado para dentes deciduos posteriores com grande destruição coronária. Necessário radiografia inicial.	60,74	NÃO	NÃO
5004	COROA DE POLICARBONATO	Autorizado para dentes deciduos anteriores com grande destruição coronária. Necessário radiografia inicial.	60,74	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.	55,64	NÃO	NÃO
5010	PREPARO PSICOLOGICO	Autorizado até o limite de 3 sessões, para menor de 6 anos, com comportamento não cooperativo. Permitido para portadores de necessidades especiais leves/moderadas. Inclui todas as sessões.	15,76	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.	63,59	NÃO	NÃO
------	---	--	-------	-----	-----

PERIODONTIA

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
6001	AUMENTO DE COROA CLINICA	Não autorizado com Cirurgia a Retalho (6002, 6004), Gengivectomia (6008) e Cunha distal/mesial (6011). Não autorizado com finalidade exclusivamente estética. Indicada quando houver necessidade de alteração do nível ósseo. Necessárias solicitação clínica e radiografia inicial.	89,28	NÃO	NÃO
6005	RASPAGEM SUBGENGIVAL COM ALISAMENTO RADICULAR	Código por hemiarco. Autorizado apenas em áreas com profundidade de sondagem a partir de 4mm. Incluído o ajuste das interferências oclusais e remoção dos fatores de retenção. Não é autorizado com Raspagem Supragengival com Profilaxia (1021), quando houver necessidade de raspagem subgengival nos 04 hemiarcos. Permitido apenas 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.	46,85	NÃO	NÃO
6002	CIRURGIA A RETALHO ATE 2 ELEMENTOS	Autorizado para tratamento de bolsas periodontais residuais/defeitos ósseos, após Terapia Periodontal Básica. Permitido no mínimo 30 dias após a Raspagem Subgengival (6005), em sítios com sinais de inflamação/sangramento/exsudato. Permitido 02 hemiarcos/sessão. Não autorizado com Aumento de coroa (6001), Gengivectomia (6008), Cunha distal/mesial (6011) na mesma área. Necessário radiografia inicial, registro na GTO dos dentes envolvidos e envio de novo Periograma específico para a cirurgia.	108,19	NÃO	NÃO
6004	CIRURGIA A RETALHO ATE 4 ELEMENTOS	Autorizado para tratamento de bolsas periodontais residuais/defeitos ósseos, após Terapia Periodontal Básica. Permitido no mínimo 30 dias após a Raspagem Subgengival (6005), em sítios com sinais de inflamação/sangramento/exsudato. Permitido 02 hemiarcos/sessão. Não autorizado com Aumento de coroa (6001), Gengivectomia (6008), Cunha distal/mesial (6011) na mesma área. Necessário radiografia inicial, registro na GTO dos dentes envolvidos e envio de novo Periograma específico para a cirurgia.	108,19	NÃO	NÃO
6008	GENGIVECTOMIA OU GENGIOPLASTIA	Código por hemiarco. Permitido apenas 2 hemiarcos por sessão. Não autorizado com Aumento de coroa (6001), Cirurgia a retalho (6002, 6004), Cunha distal/ mesial (6011) na mesma área. Necessário registro na GTO dos dentes envolvidos e fotografia inicial.	59,15	NÃO	NÃO
6012	ENXERTO GENGIVAL	Código por hemiarco. Necessário registro na GTO da técnica utilizada, área doadora e dentes envolvidos. Necessário fotografia inicial.	108,90	NÃO	NÃO

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS GERAIS

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
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.	12,13	SIM	NÃO

1006	TRATAMENTO DE PROCESSOS AGUDOS (GUNA, ALVEOLITE, PERICORONARITE, PERICEMENTITE)	Autorizado para URGÊNCIA. Necessário registro na GTO do dente ou região, o procedimento executado e informar o encaminhamento para outra(s) especialidade(s), quando indicado.	35,41	SIM	NÃO
4006	CAPEAMENTO DIRETO	Autorizado somente em casos com exposição pulpar acidental. Incluído selamento da cavidade. Necessário preservação.	17,33	NÃO	NÃO
7012	CONSERTO EM PROTESE TOTAL OU PARCIAL (A FRIO)	Autorizado para URGÊNCIA. Necessário justificativa na GTO.	39,67	SIM	NÃO
3002	PROVISORIA - RESTAURACAO INDIRETA	Autorizado um por dente e, quando envolver confecção de núcleos, autorizado no máximo dois por dente. Necessário registro no Plano de Tratamento sobre o tratamento definitivo. Já incluídos os ajustes necessários. Em URGÊNCIA: necessário justificar na GTO e informar encaminhamento para especialidade (Ver Manual de Normas).	63,00	SIM	NÃO
4007	CLAREAMENTO DENTAL DE DENTES DESPOLPADOS	Autorizado até 3 sessões por dente, já incluído o selamento da cavidade.	29,34	NÃO	NÃO
7004	PLACA ESTABILIZADORA - ACETATO	Autorizado apenas em casos de bruxismo sem desgastes dos dentes ou para a DTM. Ajustes incluídos. Necessário registro do diagnóstico e da indicação do procedimento na GTO.	146,54	NÃO	NÃO
1004	ADEQUACAO DE MEIO BUCAL	Autorizado para 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.	28,60	NÃO	NÃO
1005	CURATIVO DE EMERGENCIA	Autorizado para 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). Não autorizado em transoperatórios.	18,00	SIM	NÃO
5006	DESGASTE DENTAL COM FINALIDADE ORTODONTICA / SLICE	Código por elemento. Necessário solicitação do ortodontista.	17,33	NÃO	NÃO
6006	DESSENSIBILIZACAO DENTINARIA	Autorizado para pacientes com sensibilidade vinculada a abfração, exposição radicular e erosão. Não é autorizado com Fluoterapia intensiva (1014). Necessário justificativa na GTO, com registro dos dentes/região e material utilizado.	28,39	NÃO	NÃO
1007	DRENAGEM DE ABCESSO INTRAORAL	Autorizado para URGÊNCIA. Autorizado para drenagem de abscesso de origem periodontal ou endodôntica. Não é permitido com o Tratamento de Processos Agudos (1006) na mesma sessão. Não é permitido com a Pulpectomia (4014) na mesma sessão. Inclui o selamento provisório. Necessário registro na GTO do diagnóstico, prognóstico e do encaminhamento para outra(s) especialidade(s), quando indicado.	35,41	SIM	NÃO

1008	DRENAGEM DE ABCESSO EXTRA-ORAL	Autorizado para URGÊNCIA. Necessário registro na GTO do diagnóstico, prognóstico e do encaminhamento para outra(s) especialidade(s), quando indicado.	37,02	SIM	NÃO
5007	EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	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 (acima de 6 anos).	27,48	NÃO	NÃO
1010	CONSULTA PARA PLANO DE TRATAMENTO	Consulta de anamnese, exame clínico/radiográfico, diagnóstico e plano de tratamento completo. 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 na GTO: Sem necessidade de tratamento ou encaminhamentos (Ver Manual de Normas). A periodicidade da consulta é de 180 (cento e oitenta) dias.	30,00	NÃO	NÃO
2019	CONTROLE DE HEMORRAGIAS ORAIS	Autorizado para URGÊNCIA. Necessário registro do diagnóstico na GTO.	35,41	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.	34,65	NÃO	NÃO
7027	PREPARO DE CONDUITO PARA NUCLEO	O preparo deve ser compatível com o tipo de núcleo/pino solicitado. Considerar o tamanho da raiz e a inserção óssea. Já incluído o selamento da cavidade. Necessário radiografia inicial.	30,36	NÃO	NÃO
4014	PULPECTOMIA	Autorizado para URGÊNCIA. Não autorizado em transoperatório de tratamento endodôntico. Já incluído teste de vitalidade, curativo de demora e selamento da cavidade.	35,41	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.	37,02	SIM	NÃO
4016	REMOCAO DE PINO OU CORPO ESTRANHO INTRACANAL	Não autorizado para remoção de provisórias com pinos ou restaurações metálicas com ou sem retenção na câmara pulpar. Necessário radiografia inicial.	39,31	SIM	NÃO
1020	REFIXACAO DE COROAS PROVISORIAS E RESTAURADOS	Autorizado para URGÊNCIA. Não é autorizado no transoperatório de qualquer especialidade.	33,80	SIM	NÃO

1023	REMOCAO ESPICULA OSSEA OU FRAGMENTO DENTARIO	Autorizado para URGÊNCIA. Autorizado em caso de remanescente ósseo ou radicular, em região com histórico de cirurgia.	24,20	SIM	NÃO
1025	COLAGEM DE FRAGMENTO DENTARIO	Autorizado para URGÊNCIA. Autorizado somente um código por dente.	35,41	SIM	NÃO
1028	REMOCAO DE PROTESES FIXAS	Autorizado para remoção de trabalho protético (restaurações metálicas, coroas e pontes). Necessário radiografia inicial.	20,79	SIM	NÃO
2047	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL - DENTE PERMANENTE	Autorizado para dente permanente. Incluída a alveoloplastia, quando indicada. Em caso de extranumerário, utilizar 19, 29, 39, 49. Necessário radiografia inicial.	50,27	NÃO	NÃO
4026	TRATAMENTO EXPECTANTE	Necessário justificativa na GTO. A restauração definitiva só será autorizada após 60 dias. Necessário radiografia inicial.	33,80	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.	38,63	SIM	NÃO
7038	REMOCAO DE INTERFERENCIAS OCLUSAIS	Necessário justificativa na GTO, com registro dos dentes envolvidos e descrição dos sintomas/sinais clínicos. Não permitido concomitantemente com realização de restaurações e/ou próteses. Não permitido no transoperatório de urgência.	39,42	SIM	NÃO
7074	PLACA ESTABILIZADORA/PLACA DE BRUXISMO - ACRILICO	Necessário registro do diagnóstico e indicação do procedimento na GTO. Ajustes incluídos.	159,86	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.	23,76	NÃO	NÃO
PROMOCAO DE SAUDE					
Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
1014	FLUORTERAPIA INTENSIVA	Autorizado para manchas brancas e lesões ativas em esmalte. Não é autorizado com Dessensibilização (6006). Não é autorizado na mesma sessão do Polimento Coronário (1018) e da Raspagem Supragengival com Profilaxia (1021). Máximo de 3 sessões. Necessário justificativa na GTO, com registro dos dentes envolvidos.	12,00	NÃO	NÃO

1018	POLIMENTO CORONARIO	Inclui a Atividade Educativa, a Evidenciação de Placa e a aplicação tópica de flúor. Não autorizado com a Profilaxia e Raspagem Supragengival (1021). Não autorizado com a Raspagem Subgengival (6005).	36,40	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.	17,78	NÃO	NÃO
1021	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL COM PROFILAXIA	Inclui o Polimento Coronário (1018). Inclui aplicação tópica de flúor. Não autorizado quando houver indicação de Raspagem Subgengival (6005) para os quatro hemiarcos. Não permitido para menores de 12 anos.	50,19	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.	338,00	NÃO	NÃO
7005	PROVISORIA - PROTESE PARCIAL REMOVIVEL	Autorizado em casos de exodontia(s) recente(s) com comprometimento estético e/ou funcional. Autorizado previamente à confecção da PPR a grampo, quando houver justificativa técnica compatível com a necessidade de aguardar sua confecção (40- 90 dias). Já incluídas as sessões de ajustes de rebordo e oclusais.	185,47	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.	416,00	NÃO	NÃO
7034	CONCERTO OU REEMBASAMENTO Prensado PROTESE REMOVIVEL	Autorizado para URGÊNCIA. Necessário justificativa na GTO.	68,42	SIM	NÃO
7040	PROTESE TOTAL REMOVIVEL - IMEDIATA	Autorizado em casos de exodontias múltiplas com comprometimento estético, previamente à confecção da Prótese Total. Já incluídas as sessões de ajustes de rebordo e oclusais.	257,60	NÃO	NÃO

PROTESE LABORATORIO ODONTOLÓGICO

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
7042	NUCLEO METALICO FUNDIDO LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	44,00	NÃO	NÃO
7043	COROA DE JAQUETA ACRILICA LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	55,00	NÃO	NÃO

7044	RESTAURACAO METALICA FUNDIDA OU COROA 4/5 LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	72,60	NÃO	NÃO
7045	COROA TOTAL METALICA LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	77,00	NÃO	NÃO
7047	COROA METALOPLASTICA COM FACE EM RESINA/CEROMERO LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	143,00	NÃO	NÃO
7048	COROA METALOCERAMICA OU COROA TOTAL DE CERAMICA PURA LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	210,00	NÃO	NÃO
7049	FACETA EM PORCELANA LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	220,00	NÃO	NÃO
7050	COROA TOTAL EM CEROMERO (ARTGLASS, SOLIDEX E SIMILARES) LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	136,50	NÃO	NÃO
7051	PROTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM CEROMERO LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	220,00	NÃO	NÃO
7052	FACETA EM CEROMERO LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	121,00	NÃO	NÃO
7053	RESTAURACAO INLAY E ONLAY EM CEROMERO LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	121,00	NÃO	NÃO
7054	PLACA ESTABILIZADORA / BRUXISMO PENSADA LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	110,00	NÃO	NÃO
7055	PLACA ESTABILIZADORA (EM ACETATO) LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	57,50	NÃO	NÃO
7060	PPR BILATERAL LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	180,00	NÃO	NÃO
7064	PPR PROVISORIA LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	126,50	NÃO	NÃO

7065	PTR SIMPLES LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	207,00	NÃO	NÃO
7070	PTR IMEDIATA LAB	Autorizado quando vinculado ao código do procedimento clínico correspondente. Ver ANEXO I do Manual de Normas: Tabela de Compatibilidade - Prótese Odontológica.	138,00	NÃO	NÃO
7071	CONCERTO OU REEMBASAMENTO PRENSADO DE PROTESE REMOVIVEL	Necessário descrever na GTO a ocorrência e a orientação ao paciente se haverá necessidade ou não de refazer a prótese.	63,00	NÃO	NÃO

RADIOLOGIA

Código	Descrição	Regra de Auditoria	Total(R\$)	Urgência/ Emergência	Controlado
8001	RX BITE WING/INTER-PROXIMAL	Necessário encaminhamento do Pedido Odontológico com justificativa (ver Manual de Normas). Para arco superior registrar 80018000. Para arco inferior registrar 80019000.	6,50	NÃO	NÃO
8004	RADIOGRAFIA OCLUSAL	Necessário encaminhamento do Pedido Odontológico com justificativa (ver Manual de Normas). Para arco superior registrar 80046000. Para arco inferior registrar 80047000.	9,60	NÃO	NÃO
8002	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	Necessário encaminhamento do Pedido Odontológico (ver Manual de Normas). Para os casos de tratamento/retratamento endodôntico, o Endodontista deverá ver critérios no Manual de Normas.	6,50	NÃO	NÃO
8003	RADIOGRAFIA PANORAMICA	Necessário encaminhamento do Pedido Odontológico com justificativa (ver Manual de Normas).	23,40	NÃO	NÃO
8110	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES	Necessário encaminhamento do Pedido Odontológico com justificativa (ver Manual de Normas).	248,06	NÃO	NÃO
8113	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	Necessário encaminhamento do Pedido Odontológico com justificativa (ver Manual de Normas). Para arco superior registrar 81136000. Para arco inferior registrar 81137000. Para seios da face registrar 81131000.	159,50	NÃO	NÃO