

Barueri, junho de 2010.

REF: NOVA LEGISLAÇÃO (RN 211)

Caro Cirurgião Dentista:

Comunicamos que todos os planos do Grupo OdontoPrev passarão a contemplar as novas coberturas introduzidas pela Resolução Normativa 211 da Agência Nacional de Saúde a partir do início da vigência da mesma, prevista para o dia **07 de junho de 2010**.

O novo rol mínimo de procedimentos estabelecido pela ANS decorre de ampla discussão sobre a necessidade de reabilitação funcional (mastigação e fonética) da população. Logo, a realização dos eventos agregados serão analisados sob o ponto de vista de sua indicação funcional, em conformidade com o princípio da nova legislação.

Para conhecer as alterações e facilitar o atendimento no seu dia-a-dia, encaminhamos a **Tabela de Procedimentos OdontoPrev** atualizada. Vale ressaltar que todas as regras operacionais em vigor aplicam-se também às coberturas adicionais.

Solicitamos a sua especial atenção para as modalidades de coparticipação, pré-aprovação e/ou autorizações especiais (AUTESP).

No que tange aos planos com coparticipação, por favor, fique atento aos casos em que o pagamento é realizado diretamente pelo beneficiário ao cirurgião dentista. A título de exemplo, o plano IbiOdonto incluirá **50% (cinquenta por cento)** de coparticipação na especialidade de **Prótese**, pagos diretamente no consultório.

Para obter de forma ágil e fácil os valores de coparticipação, basta solicitar a liberação de senha via Portal OdontoPrev (www.odontoprev.com.br). Os passos para a liberação de senha utilizando o Portal OdontoPrev estão disponíveis no link: http://www.odontoprev.com.br/wrapper/simula_senha.ppt. Caso utilize o Disque OdontoPrev, lembre-se de questionar o atendente sobre eventuais valores de coparticipação.

A relação de procedimentos que necessitam de pré-aprovação e/ou autorizações especiais (AUTESP) constam na **Tabela de Procedimentos OdontoPrev**.

Em caso de dúvidas, entre em contato conosco pelo e-mail suporteodontista@odontoprev.com.br ou telefones em São Paulo e municípios com prefixo **11 2198-7590** e demais localidades **0800 722 22 98**.

Contamos com a sua colaboração.

TABELA DE PROCEDIMENTOS



OdontoPrev
Especialistas em Odontologia

ANEXO I - Tabela de Procedimentos OdontoPrev

ORIENTAÇÕES GERAIS

- 1) O plano de tratamento inclui as etapas de anamnese, exame clínico, exames complementares e análise da correta indicação do procedimento.
- 2) Se necessário a OdontoPrev poderá solicitar documentação complementar para fins de esclarecimentos sobre o atendimento prestado ou de indicações técnicas para os procedimentos realizados em tratamentos anteriores.
- 3) Informações da anamnese, fatos que alterem o plano de tratamento, intercorrências pré, trans ou pós operatórias devem ser informadas no campo 47- Observações da GTO.
- 4) Os prazos de monitoramento clínico de pacientes não devem ser motivo para a negativa do atendimento, assim como indicações de especialidades e idade. Casos excepcionais, que requerem monitoramento em período inferior ao referencial devem ser tecnicamente justificados e solicitados por meio de autorizações especiais.
- 5) É de total responsabilidade do profissional o preenchimento da GTO. Seus dados e informações deverão ser conferidos antes de serem enviados à OdontoPrev. Guias com preenchimento incompleto e/ou incorreto não poderão ser auditadas, gerando não conformidade administrativa e consequentemente ocasionando atrasos em seu pagamento.

Cód. Evento	DESCRIÇÃO DOS EVENTOS	Quantidade de UO OdontoPrev	Local- Região	Tabelas Especiais		Utilização e Envio de Imagem Clínica	Eventos que possuem Pré-aprovação ou AUTESP e Idade para a realização	Condições Técnicas e Observações	Periodicidade	Pontos para Reposição de Material
				UO AmBev	UO Ultrafertil					

DIAGNÓSTICO

00.001	Consulta	-	29,16	120,00	43,74	-	-	A consulta será paga a cada trimestre desde que não ocorra tratamentos com o mesmo profissional neste período.	3 meses para o mesmo	1
--------	----------	---	-------	--------	-------	---	---	--	----------------------	---

EMERGÊNCIA - CRITÉRIOS TÉCNICOS GERAIS

- 1) A consulta de emergência é caracterizada por sofrimento intenso, o qual justifica um atendimento sem hora marcada.
- 2) O paciente não está em tratamento com o cirurgião dentista e a senha deve ser liberada no dia da consulta de emergência
- 3) Todos os procedimentos da Tabela de Emergência são cobertos pelos planos OdontoPrev, incluindo a confecção de coroa provisória (cód. 01.014) e recimentação de peça protética (cód. 01.002)
- 4) Crianças com idade até 6 anos e 11 meses, pacientes especiais e beneficiárias gestantes estão liberadas das radiografias para atendimento. No campo 47- Observações deverá constar informação sobre a idade, particularidades da deficiência que impossibilitem a realização da imagem e, tratando-se de gestante, declaração assinada pela beneficiária informando seu estado. Não existe carência para Consultas de Urgência e não há necessidade de autorização prévia.

01.001	Exodontia de emergência	Dente	39,08	190,00	75,00	RX (Inicial e Final)	Correta indicação para exodontia, imagem adequada para análise (de boa qualidade). Para paciente em tratamento na clínica, utilizar os códigos de exodontia.	-	1
01.002	Pericoronarite	Dente	39,08	190,00	75,00	Foto ou RX Diagnóstico	Para dentes semi-inclusos ou inclusos	-	1
01.003	Lesão de tecido Mole		39,08	190,00	75,00		Informar no campo <u>47- Observações</u> , o diagnóstico e procedimento realizado.	-	1
01.004	Colagem de fragmentos	Dente	39,08	190,00	75,00	Foto ou RX (Inicial e Final)	Correta indicação para colagem de fragmento - adaptação dos bordos na imagem final	-	1
01.005	Curativo em caso de hemorragia bucal após extração	Dente	39,08	190,00	75,00	RX comprovando exo recente	Exodontia recente que não tenha sido realizada no próprio consultório/clínica.	-	1
01.006	Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia /incrose	Dente	39,08	190,00	75,00	RX (Inicial e Final)	Utilizar quando houver necessidade de acesso endodôntico. Correta indicação para o procedimento - acesso adequado à câmara pulpar.	-	1

ANEXO I - Tabela de Procedimentos OdontoPrev

Cód. Evento	DESCRIÇÃO DOS EVENTOS	Local- Região	Quantidade de UO OdontoPrev	Tabelas Especiais		Utilização e Envio de Imagem Clínica	Eventos que possuem Pré-aprovação ou AUTESP e idade para a realização	Condições Técnicas e Observações	Periodicidade	Pontos para Reposição de Material
				UO AmBev	UO Ultrafertil					
01.007	Imobilização dental temporária	Dentes	39,08	105,00	75,00	Foto ou RX (inicial e final)		Correta indicação para imobilização (trauma ou perda óssea). É necessária a fixação em pelo menos um dente com suporte ósseo viável de cada lado da região tratada.	-	1
01.008	Recimentação de peça protética	Dente	39,08	190,00	75,00	Foto ou RX (inicial e final)		A imagem inicial deve permitir a visualização da ausência de peça protética e a imagem final deve permitir a visualização da peça cimentada com adaptação aceitável	-	1
01.009	Tratamento de alveolite	Dente	39,08	295,00	75,00	RX comprovando exo recente		Exodontia recente que não tenha sido realizada no próprio consultório / clínica.	-	1
01.010	Incisão e drenagem de abscesso extra oral	-	39,08	295,00	75,00	Foto ou RX (Diagnóstico)		Correta indicação do procedimento: a imagem deve permitir a visualização do dente que originou o abscesso. Informar no campo 47 - Observações da GTO caso haja outro fator etiológico.	-	1
01.011	Incisão e drenagem de abscesso intra oral	-	39,08	235,00	75,00	RX (inicial e final)		Descrever no campo 47 - Observações, da GTO a origem do abscesso (se endodôntico ou periodontal).	-	1
01.012	Reimplante de dente avulsionado	Dente	39,08	190,00	75,00	RX (inicial e final)		A imagem deve permitir: inicial (a visualização da ausência do dente) e final (dente posicionado e imobilizado).	-	1
01.013	Curativo Provisório	Dente	39,08	190,00	75,00	RX (inicial e final)		Utilizar quando não houver manipulação dos condutos na emergência. Imagem inicial: dente posterior com ou sem restauração e com necessidade de intervenção por cárie ou fratura.	-	1
01.014	Coroa Provisória Direta em resina autopolimerizável	Dente	39,08	190,00	75,00	RX (inicial e final)		Exclusivamente para resolução estética, dentes anteriores (canino a canino) e primeiros pré-molares (14, 24, 34 e 44). Imagem inicial: correta indicação para o procedimento e imagem final: preparo para coroa provisória.	-	1
01.015	Emergência Inespecífica	-	39,08	190,00	75,00	RX (Diagnóstico)		Descrever o diagnóstico e procedimento realizado no campo 47 - Observações da GTO. Somente utilizar este código quando não houver outro compatível na tabela de emergência.	-	1
01.018	Restauração estética	Dente	39,08	190,00	75,00	Foto ou RX (inicial e final)		Exclusivamente para resolução estética, dentes anteriores (canino a canino) e primeiros pré-molares (14, 24, 34 e 44). Imagem final: remoção total da restauração anterior (se houver) e adaptação correta dos bordos da restauração. Caso a imagem inicial não mostre estrutura dentária suficiente para dar suporte a uma restauração, deverá ser estudada a possibilidade de realizar coroa provisória - cód. 01.014.	2 anos	1
01.020	Redução de Luxação de ATM	Dente	39,08	39,08	75,00			Informar no campo 47 - Observações da GTO o procedimento/manobra de redução realizada e medicação prescrita.	-	1

DENTÍSTICA - CRITÉRIOS TÉCNICOS GERAIS

- 1) A Consulta para técnica de clareamento caseiro deve ser lançada junto com placa de acetato para clareamento caseiro, mesmo que este evento não seja coberto pelo plano do associado. É condição para pagamento informar cor inicial e final dos dentes, técnica e material utilizado, bem como declaração assinada pelo associado (Termo de Orientação e Ciência).
- 2) As faces das restaurações são consideradas por elemento (não por cavidade) e devem ser incluídas em um mesmo código.
- 3) Devido à diminuição da resistência na união entre a restauração antiga e a nova, contra-indicamos a realização de reparos, emendas ou consertos em restaurações ou próteses. Casos especiais solicitar AUTESP.
- 4) O cirurgião dentista deve proceder ao julgamento adequado quanto aos eventos realizados, respeitando-se os critérios técnicos necessários para a comprovação da perfeita execução, em conformidade com a boa prática odontológica e para a proteção e segurança do paciente/associado, devendo, sobretudo na especialidade de Dentística, quando não exista dúvida quanto à condição bucal adequada do Associado e a inexistência de eventuais riscos ou problemas ocultos, optar pela utilização de imagem clínica fotográfica, no padrão OdontoPrev, com o fim de atestar a realização do evento e compor o prontuário clínico do paciente.
- 5) Não há cobertura para troca de restaurações por motivos exclusivamente estéticos. Quando houver necessidade de troca da restauração para dentes posteriores por motivos funcionais ou de cárie secundária e havendo indicação para utilização de resina, poderá ser realizada restauração com material estético.

03.001	Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento.	Dente	57,30	125,00	85,95	Foto ou RX (inicial e final)		PARA OS EVENTOS DE 03.001 a 03.004 observar: imagem final compatível com restauração metálica. Verificar indicação para prótese (dentes com extensa destruição). Anatomia compatível com o dente restaurado (verificar excessos ou falta de material e pontos de contato). Adaptação adequada do material ao dente, sem área radiolúcida em contato com o meio bucal sob a restauração. Inclui forramento e polimento - especificar material utilizado no campo 47, observações, quando necessário.	2 anos	1
03.002	Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento.	Dente	69,90	175,00	104,85	Foto ou RX (inicial e final)			2 anos	2
03.003	Restauração em Amálgama de 3 Faces com Forramento.	Dente	81,80	215,00	122,70	Foto ou RX (inicial e final)			2 anos	3

ANEXO I - Tabela de Procedimentos OdontoPrev

Cód. Evento	DESCRIÇÃO DOS EVENTOS	Local- Região	Quantidade de UO OdontoPrev	Tabelas Especiais		Utilização e Envio de Imagem de Imagem Clínica	Eventos que possuem Pré-aprovação ou AUTESP e Idade para a realização	Condições Técnicas e Observações	Periodicidade	Pontos para Reposição de Material
				UO AmBev	UO Ultrafertil					
03.004	Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento.	Dente	93,70	246,27	140,55	Foto ou RX (inicial e final)		Ver orientações dos eventos 03.001 a 03.004 (página 2 da Tabela de Procedimentos).	2 anos	4
03.005	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 1 Face	Dente	57,30	125,00	110,00	Foto ou RX (inicial e final)		PARA OS EVENTOS DE 03.005 a 03.010 observar: Imagem final compatível com restauração de resina.	2 anos	1
03.006	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 2 Faces	Dente	81,60	200,00	135,00	Foto ou RX (inicial e final)		Verificar indicação para prótese (dentes com extensa destruição).	2 anos	2
03.007	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 3 Faces	Dente	107,00	230,00	160,50	Foto ou RX (inicial e final)		Verificar compatibilidade do tipo de resina com local a ser restaurado.	2 anos	3
03.008	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 1 Face	Dente	58,50	140,00	110,00	Foto ou RX (inicial e final)		Anatomia compatível com o dente restaurado (verificar excessos ou falta de material e pontos de contato).	2 anos	1
03.009	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 2 Faces.	Dente	85,40	210,00	225,00	Foto ou RX (inicial e final)		Adaptação adequada do material ao dente, sem área radiolúcida sob a restauração em contato com o meio bucal.	2 anos	2
03.010	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 3 Faces.	Dente	112,30	240,00	225,00	Foto ou RX (inicial e final)		Inclui forramento e polimento - especificar material utilizado no campo - 47 - Observação da GTO, quando necessário.	2 anos	3
03.015	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 1 Face	Dente	57,30	127,33	85,95	Foto ou RX (inicial e final)		PARA OS EVENTOS DE 03.015 a 03.017 observar: imagem final compatível com restauração de ionômero de vidro. Anatomia compatível com o dente restaurado (verificar excessos ou falta de material e pontos de contato). Verificar compatibilidade do tipo de ionômero com local a ser restaurado. Adaptação adequada do material ao dente, sem área radiolúcida sob restauração.	2 anos	1
03.016	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 2 Faces	Dente	69,60	155,33	104,85	Foto ou RX (inicial e final)		Inclui forramento. Especificar material utilizado no campo 47 - Observação, quando necessário.	2 anos	1
03.017	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 3 Faces	Dente	81,80	181,78	122,70	Foto ou RX (inicial e final)		Inclui forramento. Especificar material utilizado no campo 47 - Observação, quando necessário.	2 anos	1
03.018	Capejamento Pulpar Direto	Dente	19,83	50,00	60,00	RX (inicial)	Para dentes deciduos solicitar AUTESP	Pago quando realizado no mínimo 30 dias antes da restauração definitiva.	Evento Único	0
03.020	Restauração a Pino	Dente	114,60	254,67	171,90	RX (inicial e final)		Verificar correta indicação para pino intracêntrico e descartar indicação para prótese. Anatomia compatível com o dente restaurado (verificar excessos ou falta de material e pontos de contato). Adaptação adequada do material ao dente, sem área radiolúcida sob restauração. Inclui forramento - especificar material utilizado no campo - 47 - Observação, quando necessário.	2 anos	1
03.022	Consulta para realização de clareamento caseiro (utilizar este código quando realizar o clareamento caseiro)	AS/AI	114,60	Não cobre	258,00			Informar no campo 47 - Observação da guia: Cor inicial dos dentes, cor obtida após tratamento e material empregado. Este código deve ser lançado somente após a finalização do clareamento. Inclui todas as sessões necessárias ao clareamento. Enviar Termo de Orientação e Ciência assinado pelo associado sobre os cuidados pós-tratamento.	2 anos	4
03.024	Remoção de Restaurações Metálicas Fundidas e Coroas Metálicas	Dente	42,00	93,33	100,50	Foto ou RX (inicial e final)		Pago para remoção de RMFs e coroas metálicas protéticas (puras, metalocerâmicas e veneer), somente para os dentes pilares.	5 anos	2
ODONTOPEDIATRIA - CRITÉRIOS TÉCNICOS GERAIS										
1) Alguns eventos possuem orientações de idade mínima e máxima para a realização, considerando-se a literatura atual. Casos excepcionais devem ser solicitados por AUTESP.										
2) Para procedimentos endodônticos e protéticos é necessário o envio de RX mesmo que a criança tenha idade inferior a 6 anos e 11 meses.										
04.001	Aplicação de Selante	Dente	19,83	80,00	29,75		Para Dentes hígidos a idade máxima é 15 anos. Casos especiais solicitar AUTESP.	Evento pago para face oclusal dos dentes hígidos posteriores. Selantes são indicados para dentes hígidos recém erupcionados na dentição permanente até erupção dos segundos molares.	1 ano	1
04.002	Tratamento Restaurador Atraumático	Dente	19,83	19,83	29,75	Foto ou RX (inicial e final)	Solicitar AUTESP	Evento restrito a especialistas em Odontopediatria. Informar a correta indicação e uso de ionômero de vidro específico para essa técnica. Enviar imagens independente da idade.	6 meses	1
04.003	Aplicação de Cariostático	Dente	19,83	80,00	70,00		Idade máxima 7 anos. Casos e técnicas especiais devem ser solicitados por AUTESP	A aplicação de cariostático é indicada para criança de pequena idade que não permite tratamento, na fase de reversão de risco.	6 meses	1

ANEXO I - Tabela de Procedimentos OdontoPrev

Cód. Evento	DESCRIÇÃO DOS EVENTOS	Local- Região	Quantidade de UO OdontoPrev	Tabelas Especiais		Utilização e Envio de Imagem de Imagem Clínica	Eventos que possuem Pré-aprovação ou AUTESP e Idade a realização	Condições Técnicas e Observações	Periodicidade	Pontos para Reposição de
				UO AmBev	UO Ultrafertil					
04.004	Remineralização de Esmalte	-	14,00	53,33	21,00		Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	Pago para Mancha Branca Ativa por, no máximo, 3 sessões independentemente do número de dentes envolvidos, desde que realizadas em datas distintas.	6 meses	0
04.006	Sessão de condicionamento em odontopediatria	-	29,16	86,67	43,75		Idade máxima 9 anos	Intervalos inferiores a 5 dias entre as sessões devem ser justificados no campo 47 - Observação da GTO. Máximo 3 sessões.	6 meses	1
04.007	Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento	Dente	57,30	125,00	85,95	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos	PARA OS EVENTOS DE 04.007 a 04.010 - Imagem final compatível com restauração metálica.	2 anos	1
04.008	Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento	Dente	69,90	175,00	104,85	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos	Verificar compatibilidade do tipo de resina com o local a ser restaurado, (verificar excessos ou falta de material e pontos de contato).	2 anos	2
04.009	Restauração em Amálgama de 3 Faces com Forramento	Dente	81,80	215,00	122,70	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos	Adaptação adequada do material ao dente, sem área radiolúcida sob restauração em contato com o meio bucal.	2 anos	3
04.010	Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento	Dente	93,70	246,27	140,55	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos	Inclui forramento/polimento. Especificar material utilizado no campo 47 - Observação, quando necessário.		
04.011	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 1 Face	Dente	57,30	125,00	110,00	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos	PARA OS EVENTOS 04.011 A 04.016 - A imagem final deve estar compatível com a restauração de resina.	2 anos	1
04.012	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 2 Faces	Dente	81,60	200,00	135,00	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos	Verificar compatibilidade do tipo de resina com o local a ser restaurado, anatomia compatível com o dente restaurado (verificar excessos ou falta de material e pontos de contato).	2 anos	2
04.013	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Anterior 3 Faces	Dente	107,00	230,00	160,50	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos	Adaptação adequada do material ao dente, sem área radiolúcida sob restauração em contato com o meio bucal. Inclui forramento/polimento. Especificar material utilizado no campo 47 - Observação da GTO, quando necessário.	2 anos	3
04.014	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 1 Face	Dente	58,50	140,00	110,00	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos		2 anos	1
04.015	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 2 Faces	Dente	85,40	210,00	225,00	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos		2 anos	2
04.016	Restauração Resina Fotopolimerizável com Forramento Dente Posterior 3 Faces	Dente	112,30	240,00	225,00	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos		2 anos	3
04.021	Restauração em Ionômero de Vidro 1 com Forramento de 1 Face.	Dente	57,30	127,33	85,95	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos	PARA OS EVENTOS 04.021 A 04.023 - A imagem final deve estar compatível com a restauração de ionômero de vidro e anatomia compatível com o dente restaurado (verificar excessos ou falta de material e pontos de contato). Adaptação adequada do material ao dente, sem área radiolúcida sob restauração. Inclui forramento. Especificar material utilizado no campo 47 - Observação, quando necessário.	1 ano	1
04.022	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 2 Faces.	Dente	69,90	155,33	104,85	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos		1 ano	3
04.023	Restauração em Ionômero de Vidro com Forramento 3 Faces.	Dente	81,80	181,78	122,70	Foto ou RX (inicial e final)	Idade máxima 12 anos		1 ano	3
04.025	Coroa de aço / policarbonato	Dente	300,00	300,00	450,00	RX (Inicial e Final)	Idade máxima 12 anos	A coroa de aço em molares deciduos é indicada em casos com grande destruição coronária comprometidos endodonticamente ou não, os quais necessitam da recuperação do espaço mesio-distal e/ou dimensão vertical. A coroa deverá apresentar adaptação cervical adequada. É necessário o envio das radiografias independente da idade do paciente.	2 anos	6
04.026	Pulpotomia	Dente	91,00	180,00	136,50	Dentes deciduos: RX (Diag.) Dentes permanentes: RX (inicial e final)		Correta indicação para dentes deciduos e permanentes jovens com ápice incompleto. É necessário o envio da radiografia diagnóstica independente da idade do paciente.	Evento Único	2
04.027	Tratamento Endodôntico de Dente Deciduo	Dente	140,60	280,00	210,90	RX (Inicial e Final)		Correta indicação. Remoção cirúrgica da polpa coronária, radicular e do teto em sua totalidade com preenchimento adequado de material dentro da câmara pulpar e condutos radiculares. É necessário o envio das radiografias independente da idade do paciente. Utilizar este código somente para dentes deciduos.	2 anos	2
04.028	Ulotomia	Dente	30,86	155,00	232,50		Idade máxima 12 anos	Consiste em realizar incisão do capuz mucoso para que o dente permanentemente possa erupcionar.	Evento Único	1
04.029	Exodontia Simples de Dentes Deciduos.	Dente	46,66	125,00	125,00	RX (Inicial e Final)		Os casos de extração precoce de molares em crianças menores de 6 anos e 11 meses, sugerimos realizar RX prévio a fim de avaliar a correta indicação, presença de agenesia e análise do estágio de formação do germe dental.	Evento Único	1

ANEXO I - Tabela de Procedimentos OdontoPrev

Cód. Evento	DESCRIÇÃO DOS EVENTOS	Local- Região	Quantidade de UO OdontoPrev	Tabelas Especiais		Utilização e Envio de Imagem Clínica	Eventos que possuem Pré-aprovação ou AUTESP e Idade para a realização	Condições Técnicas e Observações	Periodicidade	Pontos para Reposição de Material
				UO AmBev	UO Ultrafertil					
RADIOLOGIA - CRITÉRIOS TÉCNICOS GERAIS										
1) Os exames radiográficos intra-bucais devem ser realizados no próprio consultório, ou seja, não devem ser solicitados em Clínicas de Radiologia.										
2) Serão pagas as radiografias de boa qualidade e necessárias ao tratamento. Para pesquisa de cárie sugerimos utilização de radiografias interproximais										
3) Caso seja necessário utilizar exames extra-bucais para o diagnóstico, verificar os critérios de solicitação de exames radiológicos. Exceção para Periontistas - Levantamento Periapical em paciente com doença periodontal avançada. Para Protelistas - Levantamento Periapical em planejamento para reabilitação oral extensa. Para Ortodontistas - diagnóstico de perda óssea em pacientes adultos. Casos que não estejam dentro destas especificações devem ser solicitados por AUTESP. O valor referente à solicitações que não estiverem dentro destes critérios poderão ser descontados do pagamento do cirurgião-dentista solicitante.										
4) Serão aceitas imagens digitais em substituição as radiografias e fotos quando mencionados na Condição para Recebimento do Pagamento. Enfatizamos a necessidade da correta identificação com nome do paciente, número da guia, do dente e da face.										
5) É de fundamental importância a excelência do padrão técnico das radiografias para uma correta indicação e análise da qualidade dos procedimentos realizados. Por esta razão, sempre realize RX centralizado(s), com angulação, nitidez e revelação adequados. RX repetidos por falhas na tomada radiográfica ou na revelação não serão remunerados. Em caso de dúvidas, ver o item 6 deste manual.										
06.013	Radiografia Intra Oral Periapical (unidade)	Unidade	9,91	30,00	20,00	Enviar o RX	RX centralizado(s), angulação, nitidez e revelação adequados.	1		
06.014	Radiografia Intra Oral Interproximal (unidade)	Unidade	11,66	30,00	20,00	Enviar o RX	RX centralizado(s), angulação, nitidez e revelação adequados.	1		
06.015	Radiografia Intra Oral Oclusal (unidade)	Unidade	23,33	110,00	50,00	Enviar o RX	RX centralizado(s), angulação, nitidez e revelação adequados.	1		
PREVENÇÃO										
07.001	Profílexia	AS/AI	32,40	40,00	72,00		Evento já incluído se realizado em conjunto com o procedimento de raspagem.	6 meses	1	
07.002	Orientação de Higiene Bucal (técnica de escovação)	Boca Toda	35,00	80,00	52,50		Consiste em informar e motivar o paciente quanto à necessidade de manter a higiene bucal, devendo ser fornecida orientação quanto aos métodos de higienização e seus produtos.	6 meses	-	
07.004	Aplicação Tópica de Flúor	Boca Toda	69,99	180,00	104,99		Idade máxima 15 anos. Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	6 meses	1	
07.006	Teste de risco de cárie - Fluxo salivar e Capac. Tampão	Dente	29,16	64,80	29,16		Solicitar AUTESP	1 ano	1	
07.007	Aplicação de Selante	Dente	19,83	80,00	29,75		Idade máxima 15 anos. Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	1 ano	1	
PERIODONTIA - CRITÉRIOS TÉCNICOS GERAIS										
1) Devido a maior incidência de doenças periodontais na fase adulta é necessário solicitar Autorização Especial (AUTESP) para a liberação de procedimentos restritos por idade quando necessários em crianças e adolescentes. Os códigos de cirurgia periodontal são excluídos entre si. Deve-se optar por um único código de acordo com a técnica utilizada.										
2) Em caso de cirurgias periodontais, anexar Termo de Orientação pós Cirúrgicas. Disponibilizamos um modelo em nosso Portal OdontoPrev (www.odontoprev.com.br)										
08.002	Remoção de Fatores de Retenção	AS/AI	63,62	63,62	95,43	RX (inicial e final)	Idade mínima 15 anos. Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	Evento restrito a especialista em periodontia. Destina-se ao preparo de boca para tratamento periodontal. As imagens devem apresentar a remoção de fatores de retenção como excesso de restaurações, próteses, etc.	6 meses	2
08.003	Raspagem por Arcada (Manual e/ou Ultra-som) com Profílexia	AS/AI	55,10	90,00	128,00		Idade mínima 15 anos. Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	Tratamento não-cirúrgico de periodontite leve. Procedimento incluído quando realizado em conjunto com a curetagem (evento 08.004). Inclui profílexia e polimento.	6 meses	2
08.004	Curetagem Sub-Gengival por Arcada com Polimento (inclui a raspagem).	AS/AI	76,47	259,00	184,00	RX (inicial)	Idade mínima 15 anos. Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	Tratamento não-cirúrgico de periodontite avançada. É necessária a comprovação radiográfica de perda óssea superior a 1/3 do comprimento radicular. Inclui o procedimento de raspagem (08.003).	6 meses	2

ANEXO I - Tabela de Procedimentos OdontoPrev

Cód. Evento	DESCRIÇÃO DOS EVENTOS	Local- Região	Quantidade de UO OdontoPrev	Tabelas Especiais		Utilização e Envio de Imagem de Imagem Clínica	Eventos que possuem Pré-aprovação ou AUTESP e Idade para a realização	Condições Técnicas e Observações	Periodicidade	Pontos para Reposição de Material
				UO AmBev	UO Ultrafertil					
08.005	Imobilização Dentária - no mínimo 3 dentes	Dentes	79,91	109,00	172,00	Foto ou RX (inicial e final)		Correta indicação para imobilização (trauma ou perda óssea); fixação em pelo menos dois dentes com suporte ósseo viável de cada lado da região tratada. Procedimento pago por arcada independente do número de dentes envolvidos.	1 ano	2
08.006	Dessensibilização Dentinária	Hemi-arco	48,99	280,00	73,49	RX (Diagnóstico)	Idade mínima 15 anos. Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	Restrito a especialista em periodontia. É necessária a aplicação de verniz com flúor após curetagem subgingival (perda óssea superior a 1/3 do comprimento radicular de cada arcada). Pagamento por hemi-arco (máximo 1 sessão).	1 ano	2
08.008	Tratamento de Abscesso Periodontal	Dente	39,08	86,84	62,00	RX (Diagnóstico)		Correta indicação do procedimento. RX deve mostrar dente que originou o abscesso; caso haja outro fator etiológico deverá ser descrito no Campo 47 - Observação da GTO	1 ano	1
08.009	Cirurgia Periodontal a Retalho, com Osteotomia/Osteoplastia	Hemi-arco	130,65	130,65	355,00	RX (Diag.) (perda óssea superior a 1/3 da raiz)	Idade mínima 15 anos. Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	A fase cirúrgica, quando necessária, é paga após a realização dos procedimentos básicos e recuperação dos tecidos de suporte (30 a 90 dias). Enviar periógrama preenchido e condições clínicas do paciente, bem como Índice de Sangramento e Índice de Placa. Anexar Termo de Orientações Pós Cirúrgicas. Não é pago com eventos: 08.010, 08.011, 08.013, 08.014 ou 08.015.	1 ano	1
08.010	Enxerto Gingival (por elemento)	Dente	87,49	750,00	600,00	Foto ou RX (Diagnóstico)	Idade mínima 15 anos. Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	Informar no campo 47 - Observação da GTO a indicação, técnica utilizada e área doadora. Não é pago junto com os eventos 08.009, 08.014, 08.011 e 08.015.	5 anos	2
08.011	Retalho Deslizante	Dente	87,49	620,00	131,24	Foto ou RX (inicial)	Idade mínima 15 anos. Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	Utilizar este evento em caso de cirurgia exploratória ou de acesso, perda óssea localizada quando envolver até 3 dentes. Não é pago junto com os eventos 08.009, 08.014, 08.010 e 08.015. Informar no campo 47 - Observação da GTO a indicação clínica (justificativa técnica para a realização da cirurgia).	6 meses	2
08.013	Aumento de Coroa Clínica (por elemento)	Dente	139,00	535,00	208,50	RX (inicial e final)	Idade mínima 15 anos. Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	Consiste em expor a coroa dental, sempre acompanhada de rebatimento ósseo que deve ser visualizado no RX final. Em caso de exceções torna-se necessário registrar no campo 47 - Observação da GTO. Não é pago com eventos 08.009, 08.010, 08.011, 08.014 e 08.015.	6 meses	1
08.014	Gingivectomia hemi-arco (4 elementos ou mais)	Hemi-arco	139,00	378,00	208,50			A fase cirúrgica, quando necessária, é paga após a realização dos procedimentos básicos e recuperação dos tecidos de suporte (30 a 90 dias). Procedimento cirúrgico/periodontal que consiste na redução da bolsa supra óssea, após a realização de procedimentos básicos. Indicação para bolsas acima de 4mm. Enviar periógrama preenchido e condições clínicas do paciente, bem como Índice de Sangramento e Índice de Placa. Anexar Termo de Orientações Pós Cirúrgicas. Não é pago com eventos: 08.010, 08.011, 08.013 e 08.015. Informar no campo 47 - Observação da GTO a indicação clínica (justificativa técnica para a realização da cirurgia) e dentes envolvidos na cirurgia.	6 meses	3
08.015	Gingivectomia por elemento (até 3 elementos)	Dente	34,75	94,50	208,50		Idade mínima 15 anos. Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	Informar no campo 47 - Observação da GTO a indicação clínica (justificativa técnica para a realização da cirurgia) e dentes envolvidos na cirurgia. Remoção de tecido gengival para áreas localizadas até 3 elementos. Não é pago se realizado com a combinação dos eventos 08.010, 08.011, 08.013 ou 08.014.	6 meses	1

CIRURGIA - CRITÉRIOS TÉCNICOS GERAIS

- 1) As radiografias periapicais finais das exodontias devem ser centralizadas, permitindo a correta e completa visualização do alvéolo.
- 2) Avaliar **SEMPRE** a possibilidade de preservação do elemento dental antes da realização das cirurgias.
- 3) Códigos de exodontia englobam todos os procedimentos necessários para a remoção do dente (incisões em tecidos moles, osteotomias, secções dos dentes, sutura, etc.).

ANEXO I - Tabela de Procedimentos OdontoPrev

Cód. Evento	DESCRIÇÃO DOS EVENTOS	Local- Região	Quantidade de UO OdontoPrev	Tabelas Especiais		Utilização e Envio de Imagem de Imagem Clínica	Eventos que possuem Pré-aprovação ou AUTESP e idade para a realização	Condições Técnicas e Observações	Periodicidade	Pontos para Reposição de Material
				UO AmBev	UO Ultrafertil					
09.001	Exodontia simples	Dente	46,66	165,00	125,00	RX (inicial e final)		Correta indicação da exodontia. Utilizar códigos específicos para terceiros molares e indicação ortodôntica.	Evento Único	1
09.002	Exodontia de Raiz Residual	Dente	58,33	470,00	150,00	RX (inicial e final)		Correta indicação da exodontia em dentes que já não possuem a coroa clínica.	Evento Único	1
09.003	Exodontia de Dente Semi-Incluso	Dente	233,30	415,00	349,95	RX (inicial e final)		Correta indicação da exodontia para dentes cuja porção coronária esteja parcialmente inclusa.	Evento Único	2
09.004	Exodontia de Dente Incluso/Impactado	Dente	373,30	610,00	559,95	RX (inicial e final)		Correta indicação da exodontia para dentes cuja porção coronária esteja inclusa/impactada.	Evento Único	3
09.005	Exodontia com finalidade Ortodôntica	Dente	56,66	165,00	125,00	RX (inicial e final)		Correta indicação da exodontia para dentes removidos por indicação de tratamento ortodôntico. Enviar encaminhamento do Ortodontista solicitante anexo a GTO para pagamento.	Evento Único	1
09.006	Punção aspirativa com agulha fina /coleta de raspado em lesões ou sílios específicos da região buco	Dente	46,66	46,66	150,00		Solicitar AUTESP	Restrito a especialista em semiologia e/ou cirurgia. Encaminhar o relatório clínico com solicitação do exame contendo hipótese diagnóstica e histórico clínico de lesão	Evento Único	2
09.009	Exodontia a retalho	Dente	72,91	162,02	150,00	RX (inicial e final)		A imagem deve apresentar a correta indicação para a realização de exodontia a retalho.	Evento Único	2
09.010	Remoção de hiperplásias	-	46,66	Não Cobre	125,00		Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP.	Informar no campo 47 - Observação da GTO qual a causa (fator irritante, se houver), o local e conduta clínica. Para pacientes portadores de prótese removível ou total na presença de hiperplasia gengival fibromatosa.	6 meses	2
09.011	Biopsia da Cavidade Oral	-	46,66	103,69	150,00			Discriminar no campo 47 - Observação da GTO o local, descrição da lesão (tamanho, cor e localização) hipótese diagnóstica e técnica utilizada.		2
09.012	Frenectomia Labial/Lingual	AS/AI	46,66	378,00	325,00			Informar o campo 47 - Observação da GTO o local. Consiste em realizar ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base do lábio ou na base da língua denominado hipertrofia de freio.		2
09.013	Enucleação de cistos periapicais ou residuais (de origem endodôntica)	-	139,99	470,00	270,00	RX (inicial e final)		Remoção de cisto de origem endodôntica. A imagem deve apresentar endodontia adequada, correta indicação para remoção de cisto. Não é pago com os eventos 09.020, 09.021, 09.028, 09.029 ou 09.030.		3
09.014	Cirurgia para Remoção de Torus Palatino	AS	116,65	259,22	305,00	RX oclusal (Diagnóstico)		Restrito a especialista em cirurgia. Consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas, na região do palato.		3
09.015	Cirurgia para Remoção de Torus Mandibular	AI	116,65	259,22	305,00	RX oclusal (Diagnóstico)		Restrito a especialista em cirurgia. Consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas, na região da mandíbula.		3
09.016	Ulectomia	Dente	30,86	155,00	232,50			Dentes em fase de erupção com hipertrofia muco-gengival.		1
09.017	Cunha Distal	Dente	30,86	370,00	232,50			Tratamento cirúrgico de bolsas periodontais na superfície distal de molares que dispõe de gengiva inserida reduzida.		1
09.018	Alveoplastia / Osteoplastia	Dente	112,35	325,00	300,00			Em casos de exodontias múltiplas de dentes contíguos, onde houver necessidade de regularização do rebordo após a exodontia.	Evento Único	3
09.019	Cirurgia para Correção de Brridas Musculares	-	325,00	540,00	325,50			Restrito a especialista em cirurgia. Consiste em realizar uma incisão cirúrgica para correção do posicionamento da musculatura existente entre a mucosa da bochecha e a borda da gengiva. Informar no campo 47 - Observação da GTO o local/dentês onde ocorre a inserção.	Evento Único	4
09.020	Apicectomia Unirradicular sem/com Obturação Retrograda (inclui curetagem apical)	Dente	163,31	570,00	270,00	RX (inicial e final)		Correta indicação. Esgotar todas as possibilidades de tratamento via conduzido.	Evento Único	4
09.021	Apicectomia Multirradicular sem/com Obturações Retrograda (inclui curetagem apical)	Dente	186,65	650,00	525,00	RX (inicial e final)		Correta indicação. Esgotar todas as possibilidades de tratamento via conduzido.	Evento Único	4
09.022	Amputação Radicular sem Obturação Retrograda (Por Raiz)	Dente	211,94	211,94	317,91	RX (inicial e final)		Correta indicação. Esgotar todas as possibilidades de tratamento via conduzido.	Evento Único	5
09.023	Amputação Radicular com Obturação Retrograda (Por Raiz)	Dente	226,14	226,14	339,21	RX (inicial e final)		Correta indicação. Esgotar todas as possibilidades de tratamento via conduzido.	Evento Único	5

ANEXO I - Tabela de Procedimentos OdontoPrev

Cód. Evento	DESCRIÇÃO DOS EVENTOS	Local- Região	Quantidade de UO OdontoPrev	Tabelas Especiais		Utilização e Envio de Imagem de Clínica	Eventos que possuem Pré-aprovação ou AUTESP e idade para a realização	Condições Técnicas e Observações	Periodicidade	Pontos para Reposição de Material
				UO AmBev	UO Utrafertil					
09.024	Fraturas Alvéolo-dentárias - Redução Cruenta	Hemi-arco	825,00	1833,33	1.237,50	RX (inicial e final)		Consiste em reduzir o alvéolo por meio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentos ósseos fraturados, com contenção por meio rígido (cirurgia aberta);	Evento Único	6
09.025	Fraturas Alvéolo-dentárias - Redução Incruenta	Hemi-arco	700,00	1.555,56	1.050,00	RX (inicial e final)		Consiste em reduzir o alvéolo por meio de manobra bidigital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados (cirurgia fechada);	Evento Único	6
09.026	Excisão de Mucocoele	-	196,00	435,56	300,00		Solicitar AUTESP	Informar no campo <u>47 - Observações</u> da guia o local.	Evento Único	6
09.027	Excisão de Rânula	-	848,00	540,00	1.272,00		Solicitar AUTESP	Informar no campo <u>47 - Observações</u> da guia o local.	Evento Único	6
09.028	Cirurgia de Tumor Odontogênico misto intra-ósseo (odontoma e osteoma) e tecidos moles da boca	-	365,00	365,00	547,50	RX (inicial e final)		Resrito a especialistas em cirurgia.	Evento Único	5
09.029	Tratamento de cirurgia de cisto de desenvolvimento e enucleação	-	410,00	690,00	645,00	RX (inicial e final)		Remoção total do cisto de desenvolvimento por meio de enucleação ou curetagem. Não é pago com evento 09.013.	Evento Único	5
09.030	Tratamento de cirurgia de cisto-marsupiação e enucleação	-	470,00	690,00	705,00	RX (inicial e final)		Indicada para cistos volumosos, com risco de fratura patológica. Consiste em transformar a região cística em uma cavidade acessória bucal.	Evento Único	5
09.031	Remoção de corpo estranho no seio maxilar	Hemi-arco	440,00	Não Cobre	660,00	RX (inicial e final)	Solicitar AUTESP	Resrito a especialistas em cirurgia.	Evento Único	5
09.033	Odonto-seção (por elemento)	Dente	142,00	540,00	150,00	RX (inicial e final)		Separação das raízes, tendo por finalidade a manutenção da parte sadia e a remoção da parte comprometida do dente.	Evento Único	5
09.034	Cirurgia de Aprofundamento de sulco com finalidade protética	AS/AI	116,65	805,00	305,00			Pago em caso de pacientes desdentados com finalidade de proporcionar maior retenção à prótese (aumentar a área chapeável para próteses).	Evento Único	2
09.036	Tracionamento Cirúrgico com finalidade ortodôntica (inclui colagem de bráquete)	Dente	373,30	Não Cobre	559,95	RX (inicial e final)		RX final deve apresentar colagem do bráquete em posição adequada para tracionamento.	Evento Único	2
09.037	Redução de Tuberosidade	Hemi-arco	116,65	Não Cobre	174,98	RX (inicial e final)		Imagem compatível com redução do túber da maxila	Evento Único	3
09.038	Remoção de cálculo salivar	-	46,66	46,66	69,99		Solicitar AUTESP	Resrito a especialistas.	Evento Único	2
09.041	Ulotomia	Dente	30,86	155,00	125,00			Dentes em fase de erupção com fibrose gengival. Consiste em realizar incisão do capuz mucoso para que o dente permanente possa erupcionar.	Evento Único	5
09.042	Exodontia Simples de 3º Molar	Dente	46,66	165,00	125,00	RX (inicial e final)		Correta indicação para exodontia: dentes sem antagonista que não estão em função, impactados, indicação ortodôntica, mal posicionados no arco, etc.	Evento Único	3
09.043	Exodontia Simples de dente Supra Numerário Superior Direito	-	46,66	165,00	125,00	RX (inicial e final)			Evento Único	3
09.044	Exodontia Simples de dente Supra Numerário Superior Esquerdo	-	46,66	165,00	125,00	RX (inicial e final)			Evento Único	3
09.045	Exodontia Simples de dente Supra Numerário Inferior Direito	-	46,66	165,00	125,00	RX (inicial e final)			Evento Único	3
09.046	Exodontia Simples de dente Supra Numerário Inferior Esquerdo	-	46,66	165,00	125,00	RX (inicial e final)			Evento Único	3
09.047	Exodontia de dente Semi-Incluso Supranumerário Superior Direito	-	233,30	415,00	349,95	RX (inicial e final)			Evento Único	3
09.048	Exodontia de dente Semi-Incluso Supranumerário Superior Esquerdo	-	233,30	415,00	349,95	RX (inicial e final)			Evento Único	3

ANEXO I - Tabela de Procedimentos OdontoPrev

Cód. Evento	DESCRIÇÃO DOS EVENTOS	Local- Região	Quantidade de UO OdontoPrev	Tabelas Especiais		Utilização e Envio de Imagem de Imagem Clínica	Eventos que possuem Pré-aprovação ou AUTESP e idade para a realização	Condições Técnicas e Observações	Periodicidade	Pontos para Reposição de Material
				UO AmBev	UO Utrafertil					
09.049	Exodontia de dente Semi-Incluso Supranumerário Inferior Direito	-	233,30	415,00	349,95	RX (inicial e final)			Evento Único	3
09.050	Exodontia de dente Semi-Incluso Supranumerário Inferior Esquerdo	-	233,30	415,00	349,95	RX (inicial e final)			Evento Único	3
09.051	Exodontia de dente Supra Numerário Incluso Superior Direito	-	373,30	610,00	559,95	RX (inicial e final)			Evento Único	3
09.052	Exodontia de dente Supra Numerário Incluso Superior Esquerdo	-	373,30	610,00	559,95	RX (inicial e final)			Evento Único	3
09.053	Exodontia de dente Supra Numerário Incluso Inferior Direito	-	373,30	610,00	559,95	RX (inicial e final)			Evento Único	3
09.054	Exodontia de dente Supra Numerário Incluso Inferior Esquerdo	-	373,30	610,00	559,95	RX (inicial e final)			Evento Único	3
09.056	Tratamento Cirúrgico de Fistulas Buco Nasais ou Buco Sinusais	-	440,00	440,00	660,00	Foto ou RX (inicial e final)	Solicitar AUTESP	Restrito a especialista em cirurgia. Deve conter relatório clínico com solicitação de exame contendo hipótese diagnóstica e histórico clínico da lesão	Evento Único	3

ENDODONTIA - CRITÉRIOS TÉCNICOS GERAIS

- 1) As radiografias finais das endodontias deverão ser realizadas após a condensação e conclusão da obturação endodôntica.
- 2) Sugerimos que os casos que envolvam complexidade sejam encaminhados para especialistas em endodontia.
- 3) Em dentes multirradiculares, a radiografia final deverá apresentar os condutos dissociados.
- 4) Utilize o campo 47 - Observações para registrar intercorrências, prognóstico e casos que necessitem de complementação de registros clínicos para análise da auditoria.
- 5) É de fundamental importância a excelência do padrão técnico da radiografia para uma correta indicação e análise da qualidade dos procedimentos realizados. Por esta razão sempre realize RX centralizado(s), com angulação, nitidez e revelação adequadas. RX repetidos por falhas na tomada radiográfica ou na revelação não serão remunerados.
- 6) Os critérios técnicos utilizados para endodontia incluem a integridade das estruturas de suporte do dente, a utilização de isolamento absoluto, limite apical adequado, formato cônico do conduto pós-preparo, o adequado preenchimento do conduto com correta condensação. Para pagamento de tratamentos endodônticos, é obrigatório o envio da radiografia inicial e final.

10.001	Tratamento Endodôntico Unirradicular.	Dente	241,40	600,00	365,00	RX (inicial e final)		Correta indicação e tratamento adequado dentro dos princípios básicos odontológicos	Evento Único	3
10.002	Tratamento Endodôntico Birradicular.	Dente	346,40	830,00	519,60	RX (inicial e final)		Correta indicação e tratamento adequado dentro dos princípios básicos odontológicos.	Evento Único	5
10.003	Tratamento Endodôntico com 3 ou mais canais.	Dente	472,40	1.080,00	708,60	RX (inicial e final)		Correta indicação e tratamento adequado dentro dos princípios básicos odontológicos.	Evento Único	6
10.005	Clareamento dental (dente desvitalizado)	Dente	58,33	185,00	150,00	RX (final) ou foto (inicial e final)	Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP	Máximo de 3 sessões para dentes anteriores e pré-molares. Correta indicação e tratamento endodôntico adequado dentro dos princípios básicos odontológicos. Informar cor inicial e cor final.	2 anos	1
10.007	Tratamento de perfuração endodôntica	Dente	86,50	192,22	129,75	RX (inicial e final)	Nos casos onde seja necessária a utilização de MTA, solicitar AUTESP	Restrito a especialista. Presença de perfuração em dentes viáveis. Consiste no selamento de perfuração endodôntica.	Evento Único	2
10.009	Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal	Dente	86,50	86,50	129,75	RX (inicial e final)		Restrito a especialistas em endodontia. A imagem radiopaca deve ser compatível com instrumento fraturado dentro do conduto. Deve-se informar em qual conduto houve a remoção. O evento não será pago quando o credenciado for o causador da remoção.		2
10.010	Pulpotomia	Dente	91,00	180,00	136,50	Dentes decíduos: RX (inicial), Dentes permanentes: RX (inicial e final)		Correta indicação para dentes decíduos e permanentes jovens com aplicação incompleta. É necessário o envio da radiografia diagnóstico independente da idade do paciente.	Evento Único	2
10.012	Preparo para núcleo intraradicular	Dente	39,00	135,00	157,50	RX (inicial e final)		Compimento de preparo deve ser adequado em relação ao tamanho da raiz, inserção óssea e proporcional ao tamanho da coroa.	Evento Único	0
10.013	Retratamento Endodôntico Unirradicular (inclui a desobturação, instrumentação e obturação)	Dente	327,90	790,00	491,85	RX (inicial e final)		Correta indicação e tratamento adequado dentro dos princípios básicos odontológicos. Inclui a desobturação, instrumentação e obturação portanto não poderá ser lançado com os códigos 10.001, 10.002 e 10.003.	Evento Único	4

ANEXO I - Tabela de Procedimentos OdontoPrev

Cód. Evento	DESCRIÇÃO DOS EVENTOS	Local- Região	Quantidade de UO OdontoPrev		Tabelas Especiais		Utilização e Envio de Imagem Clínica	Eventos que possuem Pré-aprovação ou AUTESP e idade para a realização	Condições Técnicas e Observações	Periodicidade	Pontos para Reposição de Material
			UO AmBev	UO Ultrafertil	UO AmBev	UO Ultrafertil					
10.014	Retratamento Endodôntico BIRRADICULAR (inclui desobturação, instrumentação e obturação)	Dente	519,40	779,10	1.170,00		RX (inicial e final)		Correta indicação e tratamento adequado dentro dos princípios básicos odontológicos. Inclui a desobturação, instrumentação e obturação de todos os condutos, portanto não poderá ser lançado com os códigos 10.001, 10.002 e 10.003.	3 anos	7
10.015	Retratamento Endodôntico com 3 ou mais canais (inclui desobturação, instrumentação e obturação)	Dente	731,90	1.097,85	1.520,00		RX (inicial e final)		Correta indicação e tratamento adequado dentro dos princípios básicos odontológicos. Não são pagos retratamentos parciais. Inclui a desobturação, instrumentação e obturação de todos os condutos portanto não poderá ser lançado com os códigos 10.001, 10.002 e 10.003.	3 anos	9
10.016	Remoção de Núcleo Intrarradicular	Dente	67,00	100,50	175,00		RX (inicial e final)		Consiste na remoção do núcleo da cavidade intrarradicular, com finalidade endodôntica ou protética.	3 anos	3
PRÓTESE - CRITÉRIOS TÉCNICOS GERAIS											
1) O tratamento protético necessita de um adequado preparo de boca prévio e deve estar em perfeita integração com o tratamento protético finalizado. Sua realização é de inteira responsabilidade do Cirurgião-Dentista.											
2) Verifique o item relativo aos eventos que necessitam de pré-aprovação. As coberturas devem ser cheçadas previamente.											
3) A pré-aprovação verifica aspectos técnicos da indicação, oportunidade e viabilidade do planejamento protético. O planejamento deve ser o mais completo possível. A remuneração do tratamento está condicionada a qualidade final, observados os parâmetros técnicos e científicos atuais.											
4) Verifique, antes de enviar a ficha para pagamento, a correta indicação do evento, a qualidade do RX (se a imagem é compatível com o código utilizado), se a anatomia é compatível com o dente reabilitado, se há excessos ou falta de material, se os pontos de contato e adaptação estão adequados, se há área radiolúcida sob a peça que inviabilize a sua análise.											
20.001	Coroa Provisória	Dente	154,32	231,48	257,20		Foto ou RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória para os casos acima de 3 elementos.	Casos especiais devem ser solicitados por AUTESP. Deve apresentar preparo adequado para provisório. Pago quando finalizado o tratamento (coroa/prótese cimentada).	6 meses	1
20.002	Núcleo Metálico Fundido	Dente	234,27	351,41	390,45		RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória para os casos acima de 3 elementos.	Núcleo deve possuir 2/3 do comprimento da raiz, comprimento igual a coroa da futura restauração, permanência de pelo menos 3mm de material obturador. Casos de perda óssea: o comprimento do núcleo deve ter metade da inserção óssea.	5 anos	3
20.003	Núcleo de Preenchimento	Dente	145,81	218,72	390,45		RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória para os casos acima de 3 elementos.	Para tratamento protético. Núcleo de preenchimento para prótese é pago quando o elemento que será reabilitado apresentar paredes proximais preservadas, relativamente	5 anos	3
20.004	Restauração Metálica Fundida	Dente	385,28	577,92	642,13		RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória para os casos acima de 3 elementos.	Preparo parcial do dente. Imagem compatível com metal. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	5 anos	3
20.005	Coroa Total Metálica	Dente	462,86	771,43	694,29		RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória para os casos acima de 3 elementos.	Preparo total do dente. Imagem compatível com metal. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	5 anos	3
20.006	Coroa Provisória Unitária	Dente	154,32	231,48	257,20		Foto ou RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória para os casos acima de 3 elementos.	Pagamento condicionado ao envio de plano de tratamento e carta de ciência do associado quanto a necessidade de tratamento definitivo em 6 meses.	5 anos	3
20.007	Coroa em Cerômero Metal Free (somente para dentes anteriores)	Dente	850,00	1.275,00	850,00		Foto ou RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória	Deverá ser informado o planejamento protético completo. Indicado para próteses unitárias. Preparo total do dente. Imagem compatível com cerômero. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	5 anos	3
20.009	Coroa de Jaqueta Acrílica	Dente	358,60	537,90	597,67		Foto ou RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória para os casos acima de 3 elementos.	Apenas para dentes anteriores. Verificar se o plano do associado oferece cobertura para coroas com melhor resistência e durabilidade. Deve apresentar preparo adequado.	5 anos	3
20.010	Coroa Veneer (faceta em resina)	Dente	637,15	955,73	1.067,92		RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória para os casos acima de 3 elementos.	Preparo total do dente. Imagem compatível com metal e coping com presença de referências adicionais. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	5 anos	6
20.011	Coroa metaloplástica	Dente	711,21	1.066,82	Não Cobre		RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória para os casos acima de 3 elementos.	Utilizar para próteses unitárias. Preparo total do dente. Imagem compatível com metal e recobrimento com resina. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	5 anos	6
20.013	Elemento de Prótese Fixa Metal-plástica	Dente	711,21	1.150,00	Não Cobre		RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória	Utilizar para os dentes pilares e pânticos. Preparo total do dente. Imagem compatível com metal e recobrimento com resina com presença de ponto de solda. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	5 anos	6

ANEXO I - Tabela de Procedimentos OdontoPrev

Cód. Evento	DESCRIÇÃO DOS EVENTOS	Local- Região	Quantidade de UO OdontoPrev	Tabelas Especiais		Utilização e Envio de Imagem Clínica	Eventos que possuem Pré-aprovação ou AUTESP e idade para a realização	Condições Técnicas e Observações	Periodicidade	Pontos para Reposição de Material
				UO AmBev	UO Ultrafertil					
20.014	Coroa Oca de Porcelana	Dente	1.022,68	Não Cobre	1.534,20	RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória. Casos especiais deve-se solicitar a AUTESP	Apenas para dentes anteriores. Preparo total do dente. Imagem compatível com porcelana. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	5 anos	6
20.016	Coroa Metalo-cerâmica	Dente	1.079,41	Não Cobre	1.619,12	RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória para os casos acima de 3 elementos	Utilizar para próteses unitárias. Preparo total do dente. Imagem compatível com metal mais porcelana. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	5 anos	6
20.017	Elemento de Prótese Fixa Metalo-cerâmica	Dente	1.089,33	Não Cobre	1.634,00	RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória	Utilizar para os dentes pilares e pñóticos. Preparo total do dente. Imagem compatível com metal mais porcelana e presença de ponto de solda. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	5 anos	6
20.018	Inlay / Onlay em porcelana	Dente	1.053,46	Não Cobre	1.580,19	RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória	Não será aprovado sobre núcleo metálico fundido e dentes com destruição coronária extensa.	5 anos	6
20.019	Inlay/Onlay em resina	Dente	692,31	Não Cobre	1.038,47	RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória	Não será aprovado sobre núcleo metálico fundido e dentes com destruição coronária extensa	5 anos	6
20.020	Laminado em porcelana	Dente	1.053,46	Não Cobre	1.580,19	Foto ou RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória	Apenas para dentes anteriores. Preparo vestibular do dente. Imagem compatível com porcelana. Presença de adaptação marginal e ponto de contato.	5 anos	4
20.021	Laminado em resina	Dente	692,31	Não Cobre	1.038,47	Foto ou RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória	Apenas para dentes anteriores. Preparo vestibular do dente. Imagem compatível com resina. Presença de adaptação marginal e ponto de contato.	5 anos	4
20.022	Prótese Adesiva de 3 Elementos, infra estrutura metálica e recobrimento em cerâmica.	Dente	1.307,99	Não Cobre	1.961,99	RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória	Apenas para dentes anteriores com preparo de duas ou três faces (com altura e largura adequadas). Presença de adaptação marginal e ponto de contato.	5 anos	7
20.023	Prótese Adesiva de 3 Elementos, infra estrutura metálica e recobrimento em resina.	Dente	1.046,39	Não Cobre	1.569,59	RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória	Apenas para dentes anteriores com preparo de duas ou três faces (com altura e largura adequadas). Presença de adaptação marginal e ponto de contato.	5 anos	7
20.027	Prótese Parcial Removível Provisória	ASI/AI	631,56	1.052,60	947,34	Foto ou RX (inicial) dos dentes pilares		Deve ser indicada em casos de exodontias múltiplas e/ou comprometimento estético, previamente a confecção da PPR a grampo, quando houver necessidade de aguardar sua confecção (40 a 90 dias)	5 anos	2
20.028	Prótese Parcial Removível a Grampo	ASI/AI	1.341,11	2.235,18	2.011,67	Foto e/ou RX (inicial e final)		Condição periodontal adequada dos dentes suportes. Em PPR de extremidades livres, os apoios devem estar posicionados nas faces mesiais dos dentes mais posteriores. Avaliar indicação de barras duplas palatina e lingual para reforço estrutural. Evento não pago quando os pilares da PPR apresentarem onlay. E necessário a foto ou RX (inicial e final) dos dentes pilares após preparo da boca com a PPR em posição final (imagem final).	5 anos	7
20.030	Prótese Total Rósea	ASI/AI	1.165,10	1.941,83	1.747,65			O pagamento da Prótese Total será realizado com intervalo de 90 dias após a instalação da prótese imediata.	5 anos	7
20.031	Prótese Total Incolor	ASI/AI	1.279,65	2.132,75	1.919,48			O pagamento da Prótese Total será realizado com intervalo de 90 dias após a instalação da prótese imediata.	5 anos	7
20.032	Prótese Total Imediata	ASI/AI	993,18	1.655,30	1.489,77			Exodontias recentes, necessidade de prótese temporária para cicatrização e acomodação dos tecidos.	5 anos	7
20.034	Reembasamento	-	387,12	845,20	580,68			Para prótese total e prótese parcial removível a grampo	1 ano	1
20.035	Consertos Simples	-	173,71	289,52	260,57			Para prótese total e prótese parcial removível a grampo	1 ano	1
20.036	Placa de Acetato para Clareamento Caseiro	ASI/AI	235,00	Não Cobre	352,50			A placa de acetato deve ser lançada junto a consulta para realização de clareamento caseiro, mesmo que o evento não seja coberto pelo plano (verifique critérios para pagamento do evento 03.022). O gel clareador deve ser pago pelo associado.	2 anos	2
20.037	Placa de Moldada em Acrílico / Silicone (Bruxismo ou Noturna)	ASI/AI	435,41	725,68	653,12			Definir tipo de placa, indicação, diagnóstico, tempo de utilização, etc.	1 ano	-
20.039	Coroa 4/5	Dente	385,28	642,13	577,92	RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória para os casos acima de 3 elementos.	Preparo de 4/5 da estrutura dentária. Imagem compatível com metal. Presença de ponto de contato e adaptação marginal adequada.	5 anos	6
20.041	Pino de retenção intrarradicular rosqueável ou não (tipo flexi post).	Dente	234,27	390,45	351,41	RX (inicial e final)	Pré-aprovação obrigatória para os casos acima de 3 elementos.	Utilizado para pino metálicos ou de fibras de vidro ou carbono. O núcleo de preenchimento (cód 20.003) já está incluído neste código.	5 anos	3



Portal OdontoPrev
www.odontoprev.com.br

Disque OdontoPrev
0800 702 20 20