

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
81000030	Consulta odontológica	Sim	Sim	***	ASAI	Não	Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Contempla anamnese, preenchimento de guias, diagnóstico e plano terapêutico. Deverá ser solicitado somente no início do tratamento, para continuidade da terapêutica, não sendo necessário incluir o código novamente.
81000049	Consulta odontológica de Urgência	Sim	Sim	***	ASAI	Não	Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Contempla execução de tratamentos odontológicos de urgência. Não liberado para pacientes em tratamento contínuo, a menos que justificado por laudo. Procedimentos eletivos não deverão ser solicitados juntos com os procedimentos de urgência e emergência. Para consulta de urgência, a condição de atendimento da guia deverá ser Urgência / Emergência e não eletivo.
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	Sim	Sim	***	ASAI	Não	Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Contempla execução de tratamentos odontológicos de urgência. Não liberado para pacientes em tratamento contínuo, a menos que justificado por laudo. A urgência noturna é utilizada apenas para as clínicas que trabalham em regime de pronto socorro ou 24hs e que estejam devidamente credenciadas para tal, ou ainda em locais que não possuam clínica e os credenciados sejam formalmente permitidos a realizar esse tipo de atendimento. Procedimentos eletivos não deverão ser solicitados juntos com os procedimentos de urgência e emergência. Para consultas de urgência, a condição de atendimento da guia deve ser Urgência / Emergência e não eletivo.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
81000065	Consulta odontológica inicial	Sim	Sim	***	ASAI	Não	Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Contempla anamnese, preenchimento de guias, diagnóstico e plano terapêutico. O código deverá ser utilizado apenas na primeira consulta com o dentista, as demais consultas deverão ser solicitadas com a codificação de consulta odontológica, quando for de fato a consulta a ser realizada e não o tratamento.
81000073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Documento formal de solicitação e autorização da Postal Saúde - Gerência de Regulação. Enviar Laudo técnico e GTO assinada pelo beneficiário.	O código de consulta odontológica para avaliação técnica é de uso exclusivo para dentistas credenciados com finalidade de auditoria.
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Exame feito em tecido obtido por biópsia incisional ou excisional. O laudo deverá contemplar a justificativa para o procedimento, assim como, a hipótese diagnóstica.
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Exame feito em tecido obtido por biópsia incisional ou excisional. O laudo deverá contemplar a justificativa para o procedimento, assim como, a hipótese diagnóstica.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Exame feito em tecido obtido por biópsia incisional ou excisional. O laudo deverá contemplar a justificativa para o procedimento, assim como, a hipótese diagnóstica.
81000189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Contempla anamnese, preenchimento de guias, diagnóstico e plano de tratamento. Está contemplado na consulta inicial. Não autorizado no mesmo mês que a consulta inicial.
81000197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Múltiplas lesões herpéticas em cavidade oral diagnosticada clinicamente.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
81000367	Radiografia da mão e punho - carpal	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Solicitado nos casos onde há necessidade de medir ou acompanhar o crescimento ósseo. Poderá ser utilizado na odontopediatria e ortodontia especialmente.
81000375	Radiografia interproximal - bite-wing	Sim	Sim	***	ASAI	Não	Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Liberado em duas quantidades por região e por ano. Se porventura houver necessidade de quantidade superior, o dentista deverá justificar em laudo, a imprescindibilidade técnica, de novo exame em menos de 6 meses.
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Se necessário a realização de um novo exame antes de 3 meses é imprescindível enviar pedido do dentista com justificativa técnica para submeter o paciente novamente ao exame de raio-x em curto período.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
81000421	Radiografia periapical	Sim	Sim	***	DENTE	Não	Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Já incluso no tratamento / retratamento endodôntico. Se necessário a realização de um novo exame antes de 3 meses é imprescindível o envio do pedido do dentista, com justificativa técnica, para submeter o paciente novamente ao exame de raio-x em curto período.
81000430	Radiografia pósterio-anterior	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Em caso de necessidade de solicitação em período inferior a 1 ano é imprescindível o envio do pedido do dentista, com justificativa técnica, para submeter o paciente novamente ao exame de raio-x em curto período. Radiografia específica com indicação principalmente para localização de fraturas.
81000472	Telerradiografia	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Trata-se de uma radiografia lateral ou frontal da face. Tem como finalidade avaliar a relação entre os ossos da face e dentes. Sem o desenho do traçado.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico	Sim	Não	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Trata-se de uma radiografia lateral ou frontal da face. Tem como finalidade avaliar a relação entre os ossos da face e dentes. Com o desenho do traçado. Utilizada também na especialidade de ortodontia, não coberta nos planos odontológicos da Postal Saúde.
81000510	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam	Sim	Não	***	AS-AI; ASAI; S1-S- 2-S3-S- 4-S- 5-S6; DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Necessário o envio de justificativa em laudo assinado, datado e carimbado para a solicitação de tomografia e informar o dente ou região a ser examinada. Se houver apenas um dente envolvido, a região deverá ser preenchida com o dente. Até 3 dentes envolvidos, a região deverá ser preenchida com o segmento, Acima de 3 dentes envolvidos, a região deverá ser a arcada.
81000561	Radiografia lateral corpo da mandíbula	Sim	Sim	***	AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Técnica extra bucal onde a cabeça do paciente é posicionada em frente ao sensor de tal forma que se observa toda a parte lateral e extensão do corpo da mandíbula. Está indicada para delimitação de áreas patológicas, localização de fraturas, pesquisa de corpos estranhos.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
81000570	Técnica de localização radiográfica	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Radiografia para avaliação espacial da estrutura (altura, largura e profundidade), localização de dentes não irrompidos, corpos estranhos e processos patológicos, reparos anatômicos, dissociação de raízes e condutos - Técnicas de Clark, Miller-Winter e Donovan.
81000014	Condicionamento em Odontologia	Sim	Sim	DUT N° 86	ASAI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	A idade máxima do beneficiário para solicitar o procedimento é de 12 anos. Cobertura mínima obrigatória de 03 (três) sessões / ano para beneficiários com comportamento não cooperativo ou de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião- dentista assistente.
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Para beneficiários com comportamento não cooperativo ou de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) n° 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	Sim	Sim	DUT Nº 89	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Protese odontológica pediátrica indicada para dentes decíduos com ampla destruição coronária ou mantenedor de espaço. Dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto e que não exijam tratamento estético (indicado em dentes posteriores).
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	Sim	Sim	DUT Nº 100	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Restaurações feitas sem a utilização de instrumentos rotatórios, sem anestesia em dentes com cárie ativa.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
84000031	Aplicação de carioestático	Sim	Sim	DUT Nº 79	ASAI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Uso de uma solução que poderá ser aplicada sobre a cárie impedindo que ela progrida (aumente). Máximo 1 sessão 2 arcadas.
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	Sim	Sim	DUT Nº 80	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	A aplicação de selante é indicada somente para dentes permanentes posteriores recém erupcionados, cujos sulcos apresentam-se profundos e / ou retentivos ou para pacientes com elevado índice de cárie. Não é permitida a aplicação de selantes em dentes decíduos. O método invasivo de aplicação do selante, é feito com brocas, com desgastes mínimos.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	Sim	Sim	DUT Nº 80	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	A aplicação de selante é indicada somente para dentes permanentes posteriores recém erupcionados, cujos sulcos apresentam-se profundos e / ou retentivos ou para pacientes com elevado índice de cárie. Não é permitida a aplicação de selantes em dentes decíduos.
84000090	Aplicação tópica de flúor	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Recomendado a cada 6 meses. Já incluso no código de raspagem supragengival. Não poderá ser solicitado no mesmo período intervalar com código 85100269 - dessensibilização dentinária ou 84000112 - aplicação tópica de verniz fluoretado.
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	O verniz fluoretado é um fluoreto tópico concentrado, indicado para pacientes com altos índices de cárie

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Atividade educativa em saúde bucal consiste em orientações sobre: alimentação, técnicas de escovação, limpeza da língua, uso do fio dental, creme dental, antissépticos, doenças bucais, uso de próteses, etc. Só poderá ser solicitada uma vez por beneficiário / dentista.
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Controle de biofilme inclui aplicação de corante para placa bacteriana, registro das faces coradas para controle do índice de placa e instrução do paciente para sua remoção. Utilizado para pacientes com alto índice de placa e liberado para especialistas em odontopediatria em pacientes de até 14 anos. Máximo de 3 sessões, onde não poderão ser solicitadas tal quantidade numa mesma senha, pois devem ocorrer em datas diferentes.
84000198	Profilaxia: polimento coronário	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Está incluída na raspagem supragengival. Poderá ser realizada à parte da aplicação tópica de flúor. Não poderá ser solicitado no mesmo período intervalar que o procedimento 84000163 - controle de biofilme.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
84000201	Remineralização	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Técnica utilizada em lesões cáries iniciais, manchas brancas, porém sem cavitação. Se solicitado junto ao procedimento 84000090 - Aplicação Tópica de Flúor, deverá ser justificado tecnicamente em laudo, assinado, datado e carimbado, pois ambos os procedimentos são autoexcluídos.
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Técnica utilizada quando ocorre luxação ou avulsão de dentes decíduos. O dentista deverá se atentar a solicitação na guia. Pode ser solicitado em condição de urgência / emergência. Se requisitado em condição eletiva, estará sujeito aos prazos da regulação vigente na ANS, assim como pedido de documentação complementar poderá ser solicitado.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85100242	Adequação do meio bucal	Sim	Sim	DUT Nº 78	ASAI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Estão inclusos nesta: medidas de controle de placa por meio da sua evidenciação e remoção através de profilaxia dental; orientação da dieta e da higiene bucal; remoção dos cálculos presentes; utilização racional dos fluoretos e selamento das cavidades já estabelecidas, preparando, dessa forma, a boca do paciente para receber posteriormente o tratamento restaurador definitivo. Não poderá ser solicitado no mesmo período intervalar que os procedimentos presentes na adequação, como profilaxia (84000198), raspagem supra gengival (85300039) e aplicação tópica de fúor (84000090).
85100269	Dessensibilização dentinária	Sim	Sim	***	HASD- -HASE- -HAID- -HAIE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Técnica utilizada quando há hipersensibilidade dentinária. Código utilizado para até 3 dentes envolvidos por região, acima de 3 dentes, deverá ser solicitado com o código de arcada superior ou inferior (85300012). Não poderá ser solicitado no mesmo período intervalar com o código aplicação tópica de fúor (84000090).

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na remoção de fatores retentivos que dificultam a limpeza como cálculos (tártaro), bráquetes quebrados, restaurações em excesso ou pontos de contato apertados entre os dentes que dificultam a limpeza e o uso do fio dental.
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Atividade educativa em saúde bucal consiste em orientações sobre: alimentação, técnicas de escovação, limpeza da língua, uso do fio dental, creme dental, antissépticos, doenças bucais, uso de próteses, etc. Poderá ser solicitada somente uma vez por beneficiário /dentista.
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Atividade educativa em saúde bucal consiste em orientações sobre: alimentação, técnicas de escovação, limpeza da língua, uso do fio dental, creme dental, antissépticos, doenças bucais, uso de próteses, etc. Poderá ser solicitada somente uma vez por beneficiário / dentista. Não deverá ser requisitada junto ao código de atividade educativa, exceto quando a idade da criança indicar a necessidade, e esta informação é indispensável em laudo para entendimento da auditoria.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	Sim	Sim	DUT Nº 86	ASAI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Condicionamento em odontologia consiste em consultas de adaptação para os beneficiários com comportamento não cooperativo ou de difícil manejo. No caso de necessidade de mais de 3 consultas para condicionamento, o dentista deverá justificar tecnicamente, no ato da solicitação.
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + laudo médico. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Para beneficiários com comportamento não cooperativo ou de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
41401654	Teste de fluxo salivar	Sim	Sim	***	ASAI	Não	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + laudo médico. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	É um exame rápido e não invasivo que mede a produção da secreção salivar produzida pelo indivíduo. A foto do teste e resultado deverá ser encaminhada para pagamento.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
84000252	Teste de PH salivar	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + laudo médico. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	É um exame rápido e não invasivo que mede a produção da secreção salivar produzida pelo indivíduo. A foto do teste e resultado deverá ser encaminhada para pagamento.
87000164	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Sedação leve e controlada administrada por meio de uma máscara nasal para pacientes não cooperativos para a realização do tratamento odontológico. Necessário laudo médico com CID e Laudo do dentista com justificativa e o plano odontológico detalhado. Liberado para pacientes odontofóbicos que apresentam medo, ansiedade e para pacientes que apresentam distúrbios físicos e/ou mentais, desde que o paciente tenha maturidade psicomotora para colaborar com a técnica. Liberado apenas para prescritores devidamente habilitados e registrados no conselho federal de odontologia.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
87000180	Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Sedação com medicamento para pacientes não cooperativos para a realização do tratamento odontológico, Necessário laudo médico com CID e Laudo do dentista com justificativa e o plano odontológico detalhado. Liberado para pacientes odontofóbicos que apresentam medo, ansiedade e para pacientes que apresentaram distúrbios físicos e/ou mentais.
85300012	Dessensibilização dentária	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Técnica utilizada quando há hipersensibilidade dentária. Deverá ser solicitado em casos que envolvam mais de 3 dentes por hemiarco. Não poderá ser solicitado no mesmo período intervalar com o código aplicação tópica de fúor (84000090).
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Técnica utilizada quando ocorre luxação ou avulsão de dentes permanentes. O dentista deverá se atentar à requisição na guia. Pode ser solicitado em condição de urgência / emergência. Se solicitado em condição eletiva, estará sujeito aos prazos da regulação vigente na ANS, assim como pedido de documentação complementar poderá ser solicitado.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	Sim	Sim	***	S1-S-2-S3-S-4-S5-S6	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	O procedimento é indicado em casos de perda óssea igual ou maior que 4 mm e / ou cálculo subgengival que justifique a solicitação. Para cálculos e ausência de perda óssea, deverá ser solicitado como raspagem supra gengival (já inclui profilaxia e flúor). Não poderá ser requisitado juntamente com o código de raspagem supra gengival. O raio-x deverá ser encaminhado com identificação e data.
85300047	Raspagem supra-gengival	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	A profilaxia e a aplicação de flúor já estão inclusos nas raspagens supragengivais. A idade mínima para autorização é de 12 anos, Abaixo disso usa-se o código de profilaxia. Para necessidade de realização anterior a 3 meses, deverá enviar pedido do dentista com justificativa técnica
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Autorizado quando houver imagem radiolúcida no periápice. Importante mencionar informações clínicas do paciente em laudo

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Doença infecciosa periodontal bacteriana caracterizada por úlceras e necrose do tecido gengival sem o envolvimento dos outros tecidos do periodonto. Incluído irrigação e debridamento.
85300080	Tratamento de pericoronarite	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	A pericoronarite é uma infecção do capuz pericoronar, que pode ocorrer em qualquer idade e em qualquer elemento dental, já que está relacionada com a erupção de dentes decíduos ou permanentes. Não poderá ser solicitado junto à gengivectomia, aumento de coroa clínica, ulectomia.
85300098	Manutenção periodontal	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Acompanhamento de tratamento periodontal através de exames clínicos e sondagem, deverá ser realizado fora do período de tratamento periodontal. Não poderá ser solicitado junto à raspagem subgengival ou supra gengival.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
84000171	Controle de cárie incipiente	Sim	Sim	DUT Nº 80	ASAI	Sim	<p>Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.</p>	<p>Já incluso no procedimento de remineralização dentária. Não poderá ser solicitado em conjunto com selantes de fósulas e fissuras. Deverão ser observadas as regras e indicação. Critérios para autorização contemplam a DUT: 1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:</p> <p>a. procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes;</p> <p>b. procedimento preventivo em fósulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.</p>
85100013	Capeamento pulpar direto	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	<p>Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.</p>	<p>Consiste na utilização de manobras a fim de recuperar dentes que tenham sido afetados por cárie ou fratura profunda, no caso exposição pulpar, através da utilização de produtos específicos para proteger a polpa dentária e na tentativa de evitar o tratamento endodôntico. Não indicado para casos de forramento.</p>

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85100048	Colagem de fragmentos dentários	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na recolocação de partes do dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo. Pode ser solicitado em condição de Urgência e emergência.
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na restauração de dentes anteriores (canino a canino) que tenham sofrido alteração de cor ou forma anatômica. O código não poderá ser utilizado para fazer lente de contato dental.
85100080	Restauração atraumática em dente permanente	Sim	Sim	DUT Nº 100	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Restaurações feitas sem a utilização de instrumentos rotatórios, sem anestesia em dentes permanentes ou decíduos. Deverá se atentar aos critérios técnicos da DUT.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar as faces necessárias para a reabilitação do mesmo dente (coincidentes ou não) para que seja solicitada uma única restauração correspondente ao número de faces indicadas para a restauração.
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar as faces necessárias para a reabilitação do mesmo dente (coincidentes ou não) para que seja solicitada uma única restauração correspondente ao número de faces indicadas para a restauração.
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar as faces necessárias para a reabilitação do mesmo dente (coincidentes ou não) para que seja solicitada uma única restauração correspondente ao número de faces indicadas para a restauração.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar as faces necessárias para a reabilitação do mesmo dente (coincidentes ou não) para que seja solicitada uma única restauração correspondente ao número de faces indicadas para a restauração.
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar as faces necessárias para a reabilitação do mesmo dente (coincidentes ou não) para que seja solicitada uma única restauração correspondente ao número de faces indicadas para a restauração.
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar as faces necessárias para a reabilitação do mesmo dente (coincidentes ou não) para que seja solicitada uma única restauração correspondente ao número de faces indicadas para a restauração.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar as faces necessárias para a reabilitação do mesmo dente (coincidentes ou não) para que seja solicitada uma única restauração correspondente ao número de faces indicadas para a restauração.
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar as faces necessárias para a reabilitação do mesmo dente (coincidentes ou não) para que seja solicitada uma única restauração correspondente ao número de faces indicadas para a restauração.
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar as faces necessárias para a reabilitação do mesmo dente (coincidentes ou não) para que seja solicitada uma única restauração correspondente ao número de faces indicadas para a restauração.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar as faces necessárias para a reabilitação do mesmo dente (coincidentes ou não) para que seja solicitada uma única restauração correspondente ao número de faces indicadas para a restauração.
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar as faces necessárias para a reabilitação do mesmo dente (coincidentes ou não) para que seja solicitada uma única restauração correspondente ao número de faces indicadas para a restauração.
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar as faces necessárias para a reabilitação do mesmo dente (coincidentes ou não) para que seja solicitada uma única restauração correspondente ao número de faces indicadas para a restauração.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na avaliação macro e microscópica de tecidos e células de material coletado em biópsia. A hipótese diagnóstica deverá constar na requisição do profissional solicitante.
82000026	Acompanhamento de tratamento/ procedimento cirúrgico em odontologia	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Somente em casos cirúrgicos onde a evolução e prognóstico insatisfatórios indiquem uma atenção maior. No laudo deverá constar o histórico do caso, com data da execução do procedimento, evolução, prognóstico e justificativa para o acompanhamento.
82000034	Alveoloplastia	Sim	Sim	***	HASD- -HASE- -HAID- -HAIE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Liberado para finalidade protética, quando há necessidade de regularização de rebordo . Se realizada no ato cirúrgico da exodontia, estará inclusa no procedimento principal.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Liberado para finalidade protética (as radiografias necessárias para execução do procedimento estão inclusas neste item). Consiste na realização de retalho mucoperiosteal com nivelamento da raiz residual (com tratamento endodôntico e sem lesão periapical) à crista óssea e subsequente reposicionamento do retalho.
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Liberado para finalidade protética (as radiografias necessárias para execução do procedimento estão inclusas neste item). Consiste na realização de retalho mucoperiosteal com nivelamento da raiz residual (com tratamento endodôntico e sem lesão periapical) à crista óssea e subsequente reposicionamento do retalho.
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	As radiografias estão incluídas no procedimento principal. Poderá ser realizado, pelo endodontista, periodontista e Buco Maxilo.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	As radiografias já estão incluídas no procedimento principal. Poderá ser realizado pelo endodontista, periodontista e buco Maxilo.
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	As radiografias já estão incluídas no procedimento principal. Poderá ser realizado pelo endodontista, periodontista e buco Maxilo.
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	As radiografias já estão incluídas no procedimento principal. Poderá ser realizado pelo endodontista, periodontista e buco Maxilo.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	As radiografias já estão incluídas no procedimento principal. Poderá ser realizado pelo endodontista, periodontista e buco Maxilo.
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	As radiografias já estão incluídas no procedimento principal. Poderá ser realizado pelo endodontista, periodontista e buco Maxilo.
82000190	Aprofundamento/ aumento de vestíbulo	Sim	Sim	***	HASD- -HASE- -HAID- -HAIE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em um procedimento cirúrgico com o objetivo de corrigir a inserção da gengiva inserida no fundo do sulco aumentando a sua profundidade.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000212	Aumento de coroa clínica	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na intervenção cirúrgica para recuperação do espaço biológico necessário do dente, para posterior tratamento. Válido apenas para dentes com cavidades abaixo do nível cervical.
30202027	Biópsia de boca	Sim	Sim	DUT N° 81	ASAI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido mole e / ou duro aletrado para fins de exame anatomopatológico. O laudo deverá conter a hipótese diagnóstica.
30204011	Biópsia de glândula salivar	Sim	Sim	DUT N° 82	ASAI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido mole e / ou duro aletrado para fins de exame anatomopatológico. O laudo deverá conter a hipótese diagnóstica.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) n° 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
30201012	Biópsia de lábio	Sim	Sim	DUT Nº 83	ASAI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido mole e / ou duro aletrado para fins de exame anatomopatológico. O laudo deverá conter a hipótese diagnóstica.
30203031	Biópsia de língua	Sim	Sim	DUT Nº 84	RSL-RL	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido mole e / ou duro aletrado para fins de exame anatomopatológico. O laudo deverá conter a hipótese diagnóstica.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
30211018	Biópsia de mandíbula	Sim	Sim	DUT Nº 85	AI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido mole e / ou duro aletrado para fins de exame anatomopatológico. O laudo deverá conter a hipótese diagnóstica.
82000280	Biópsia de maxila	Sim	Sim	DUT Nº 85	AS	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente um fragmento de tecido mole e / ou duro aletrado para fins de exame anatomopatológico. O laudo deverá conter a hipótese diagnóstica.
82000298	Bridectomia	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em realizar incisão cirúrgica para correção do posicionamento da musculatura existente entre mucosa, bochecha e a borda da gengiva.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000301	Bridotomia	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em realizar incisão cirúrgica para correção do posicionamento da musculatura existente entre mucosa, bochecha e a borda da gengiva.
82000336	Cirurgia odontológica a retalho	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em realizar, por meio de abertura cirúrgica da gengiva, a exploração de trincas e fraturas através de realização de retalho para possa efetuar o tratamento local (MTA) ou extração dentária após a exploração e comprovação do prognóstico desfavorável.
82000352	Cirurgia para exostose maxilar	Sim	Sim	***	AS	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	O código não se aplica para regularização de espículas ósseas. Se porventura a auditoria necessite de informações complementares, a foto poderá ser solicitada com intuito de comprovação.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	Sim	Sim	***	AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas bilaterais, na região da mandíbula. Se porventura a auditoria necessite de informações complementares, a foto poderá ser solicitada com intuito de comprovação
82000387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	Sim	Sim	***	HAID- -HAIE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas bilaterais, na região da mandíbula. Se porventura a auditoria necessite de informações complementares, a foto poderá ser solicitada com intuito de comprovação
82000395	Cirurgia para torus palatino	Sim	Sim	***	AS	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente algumas formas de exostoses ósseas bilaterais, na região de palato. Se porventura a auditoria necessite de informações complementares, a foto poderá ser solicitada com intuito de comprovação.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	Sim	Sim	***	S1-S-2-S3-S-4-S5-S6	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	A cirurgia periodontal a retalho é autorizada após a realização do tratamento periodontal básico (3 a 6 meses). Não poderá ser liberada juntamente com a raspagem sub-gengival dentro do período de tratamento básico.
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	HASD- -HASE- -HAID- -HAIE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	O procedimento de controle de hemorragia com aplicação de hemostático inclui a aplicação de hemostático e sutura do alvéolo e é liberado apenas na urgência, não sendo pago para pacientes em tratamento, salvo justificativa mediante laudo.
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	HASD- -HASE- -HAID- -HAIE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	O procedimento de controle de hemorragia sutura do alvéolo e é liberado apenas na urgência, não sendo pago para pacientes em tratamento, salvo justificativa mediante laudo.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000506	Controle pós-operatório em odontologia	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Liberado após procedimento cirúrgico complexo que indique um controle antes da remoção da sutura. Necessário o envio de laudo contendo data da cirurgia, evolução do caso e justificativa para nova intervenção antes da consulta de remoção de sutura.
82000557	Cunha proximal	Sim	Sim	***	HASD- -HASE- -HAID- -HAIE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em um procedimento cirurgico periodontal objetivando a remoção da papila interproximal em casos de hiperplasia gengival. O curativo pós cirúrgico já está incluído.
82000581	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	O enxerto ósseo visa restabelecer a quantidade óssea adequada da linha oblíqua. Enxertado osso do próprio paciente retirado de outra região e com a indicação de prognóstico favorável à solicitação.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000603	Enxerto com osso autógeno do mento	Sim	Sim	***	AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	O enxerto ósseo visa restabelecer a quantidade óssea adequada do mento. Enxertado osso do próprio paciente retirado de outra região e com a indicação de prognóstico favorável à solicitação.
82000662	Enxerto gengival livre	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Cirurgia para formação de gengiva, inserida por meio de retalho gengival retirado de outra região. Necessário encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: indicação, técnica utilizada e área doadora.
82000689	Enxerto pediculado	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Cirurgia para formação de gengiva, inserida por meio da rotação de retalho gengival. Necessário encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: indicação, técnica utilizada e área doadora.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Retirada do lipoma (tumor benigno de tecido gorduroso) da região buco-maxilo-facial. Para a liberação do código, deverá ser encaminhado laudo anatomopatológico comprovando o diagnóstico de lipoma
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	Sim	Sim	***	HASD- -HASE- -HAID- -HAIE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente lesão dos tecidos moles. Para a liberação do código, deverá ser encaminhado laudo anatomopatológico comprovando o diagnóstico de cálculo salivar.
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	Sim	Sim	DUT N° 91	Dente	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na remoção de pequenos cistos da mandíbula ou maxila, quando a localização e características da lesão permitir a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) n° 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente lesão dos tecidos moles.
82000808	Exérese ou excisão de rânula	Sim	Sim	***	AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente lesão dos tecidos moles.
82000816	Exodontia a retalho	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	A sutura e remoção da sutura já estão incluídas no pós operatório.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	A sutura e remoção da sutura já estão incluídas no pós operatório.
82000859	Exodontia de raiz residual	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	A sutura e remoção da sutura já estão incluídas no pós operatório.
82000875	Exodontia simples de permanente	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	A sutura e remoção da sutura já estão incluídas no pós operatório. Se necessária a odonto-secção, estará inclusa no procedimento principal.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000883	Frenulectomia labial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Associado a diastema de incisivos permanentes. Radiografia incluída no procedimento.
82000891	Frenulectomia lingual	Sim	Sim	***	AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***
82000905	Frenulotomia labial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000913	Frenulotomia lingual	Sim	Sim	***	AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***
82000921	Gengivectomia	Sim	Sim	***	S1-S-2-S3-S-4-S5-S6	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***
82000948	Gengivoplastia	Sim	Sim	***	S1-S-2-S3-S-4-S5-S6	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001006	Implante Zigomático	Sim	Sim	***	AS	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Procedimento está indicado apenas em casos de tratamento de fratura de maxila, redução cirúrgica com fixação óssea ou aplicação de levantamento zigomático maxilar e bloqueio intermaxilar eventual.
82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Os procedimentos de incisão e drenagem de abscesso intra e extra-oral como também o procedimento de controle de hemorragia, não são liberados para pacientes já em tratamento. Salvo em justificativa mediante laudo.
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Os procedimentos de incisão e drenagem de abscesso intra e extra-oral como também o procedimento de controle de hemorragia, não são liberados para pacientes já em tratamento. Salvo em justificativa mediante laudo.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001073	Odonto-seção	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Odonto-seção se refere à remoção de uma raiz em dentes multirradiculares ou a separação das raízes durante o transoperatório para auxílio na retirada do dente através de osteotomias. O procedimento não é liberado juntamente com exodontias.
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na obtenção de células de órgãos e tecidos de lesões ou sítios específicos com uso de agulha. Especificar em laudo região a ser puncionada e hipótese diagnóstica.
82001120	Punção aspirativa orientada por imagem na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na obtenção de células de órgãos e tecidos de lesões ou sítios específicos com uso de agulha orientada por imagem. Especificar em laudo região a ser puncionada e hipótese diagnóstica.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	Sim	Sim	***	HASD- -HASE HAID- -HAIE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Por meio de sutura
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	Sim	Sim	***	HASD- -HASE HAID- -HAIE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Na odontologia é feita por meio de esplintagem ou contenção fixa a imobilização.
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	Sim	Sim	DUT N° 96	ASAI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial. Deverá conter em laudo, a data da luxação.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) n° 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001235	Reeducação e/ ou reabilitação de seqüela em traumatismo buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Reeducação e / ou reabilitação de seqüela em traumatismo buco-maxilo-facial. Necessário descrever, em relatório, a data do trauma e tratamento proposto. Se possível detalhar evolução desde o trauma e prognóstico para constar em histórico odontolegal do paciente.
82001251	Reimplante dentário com contenção	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Pode ser solicitado em condição de urgência / emergência. O reimplante dentário com contenção, inclui a imobilização dentária e as radiografias necessárias, e não é liberado para pacientes em tratamento, salvo justificativa mediante laudo.
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Válido quando o dente estiver totalmente coberto de tecido ósseo e gengival. A odonto-seção, se necessária, está inclusa no procedimento. Já inclui a sutura.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Válido quando o dente estiver parcialmente coberto de tecido ósseo e gengival e a odonto-seção, se necessária, está inclusa no procedimento.
82001308	Remoção de dreno extra-oral	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***
82001316	Remoção de dreno intra-oral	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001367	Remoção de odontoma	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Remoção cirurgica de tumor odontogênico benigno. A imagem radiográfica deverá ser comprobatória ou constar o laudo de exames de imagem (laudo do rx ou laudo da tomografia) onde esteja descrito tratar-se de odontoma.
82001375	Remoção de tamponamento nasal	Sim	Sim	***	AS	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Remoção de tamponamento nasal em ambiente ambulatorial (consultório). Deverá constar em laudo o motivo do tamponamento e prognóstico do caso.
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	AS	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Exame de imagem inicial

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001413	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	A foto inicial poderá ser solicitada, caso necessário.
82001430	Retirada dos meios de fixação da região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	A radiografia inicial poderá ser solicitada, caso necessário.
82001448	Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em odontologia	SIM	SIM	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Sedação leve e controlada administrada por meio de uma máscara nasal para pacientes não cooperativos para a realização do tratamento odontológico. Necessário laudo com justificativa e o plano odontológico detalhado. Liberado para pacientes odontofóbicos que apresentam medo, ansiedade e para pacientes que apresentam distúrbios físicos e/ou mentais, desde que o paciente tenha maturidade psicomotora para colaborar com a técnica. Liberado apenas para presatadores devidamente habilitados e registrados no conselho federal de odontologia.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001456	Sedação medicamentosa ambulatorial em odontologia	SIM	SIM	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Sedação com medicamento para pacientes não cooperativos para a realização do tratamento odontológico, Necessário Laudo com justificativa e com o plano odontológico detalhado. Liberado para pacientes odontofóbicos que apresentam medo, ansiedade e para pacientes que apresentam distúrbios físicos e/ou mentais.
82001464	Sepultamento radicular	Sim	Não	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	DUT Nº 97	AS-AI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Procedimento realizado somente em urgência. Não poderá ser cobrada em conjunto com as exodontias. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	Sim	Sim	DUT Nº 98	HASE- -HASD	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS.
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	Sim	Sim	DUT Nº 98	HASE- -HASD	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Verificar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS.
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constritivas da região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	DUT Nº 99	AS-AI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste no tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) de tecidos moles. Verificar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS..
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/ cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	DUT Nº 88	AS-AI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste no tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) de tecidos ósseos ou cartilaginoso. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/ cartilagosos na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	DUT Nº 88	AS-AI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste no tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) de tecidos ósseos ou cartilaginoso. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS.
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	DUT Nº 99	AS-AI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste no tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) de tecidos moles. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução	Sim	Sim	DUT Nº 87	HASD- -HASE HAID- -HAIE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste no tratamento cirúrgico, sem recosntrução, do crescimento anormal de células benignas originadas dos tecidos e formadores do dente. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS
82001650	Tratamento de alveolite	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	O tratamento de alveolite deverá ser lançado por sessão e inclui a curetagem, limpeza e medicação do alvéolo. Máximo de 3 sessões lançadas separadamente na guia e com as datas respectivas.
82001685	Tunelização	Sim	Sim	DUT Nº 101	Dente	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Tunelização indicada em casos de enxertia que indique esta técnica. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001707	Ulectomia	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em remover cirurgicamente a porção (osso) superior de um processo hipertrófico muco-gengival que normalmente envolve dentes erupcionados.
82001715	Ulotomia	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em realizar incisão do capuz mucos para que o dente permanente possa erupcionar.
82001731	Exodontia de semi-incluso/impactado supra numerário	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Válido quando o dente estiver parcialmente coberto de tecido ósseo e gengival. A odonto-seção, se necessária, já está incluída no procedimento.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001740	Exodontia de incluso/ impactado supra numerário	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Válido quando o dente estiver totalmente coberto de tecido ósseo e gengival. A odonto-seção, se necessária, já está incluída no procedimento assim com a sutura.
82001758	Marsupialização de cistos odontológicos	Sim	Sim	DUT Nº 91	Dente	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Válido quando o dente estiver totalmente coberto de tecido ósseo e gengival. A odonto-seção, se necessária, já está incluída no procedimento assim como a sutura.
82001766	Placa de contenção cirúrgica	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
83000089	Exodontia simples de decíduo	Sim	Sim	***	Dente	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na remoção do dente decíduo.
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na remoção da polpa coronária de dentes decíduos.
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico, as demais radiografias já estão incluídas.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85100056	Curativo de demora em endodontia	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Medicação intra canal utilizada entre sessões. Autorizado em quantidade máxima de 3. O código já compreende selamento provisório entre sessões de endodontia. Solicitar as sessões por guia, conforme a necessidade.
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	Sim	Sim	DUT Nº 94	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na remoção do material obturador para posterior cimentação de núcleo intraradicular. O raio-x inicial deverá conter o tratamento endodôntico finalizado. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS
85200034	Pulpectomia	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na remoção de toda a polpa coronária de dentes permanentes. Realizada em dentes com polpa viva, não sendo autorizado em dentes com lesão. Pode ser solicitado em condição de urgência e emergência.. Não poderá ser liberado junto ao tratamento endodôntico.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85200042	Pulpotomia	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste na remoção da polpa coronária de dentes permanentes juvens, com ápice aberto.
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Consiste em retirar o corpo estranho da cavidade intrarradicular como instrumento fraturado. Cones de guta percha estão incluídos no código de retratamento endodôntico, não podendo ser solicitado este código.
85200069	Remoção de material obturador intracanal para retratamento endodôntico	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Código exclusivo para remoção de cones de prata, onde estes deverão estar visíveis no raio-x, objetivando evidências junto à auditoria. Para remoção de guta percha, solicitar código de retratamento endodôntico.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Também utilizado para remoção de pino de fibra de vidro. Não poderá ser solicitado com remoção de corpo estranho ou material obturador.
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicado para cavidades com cárie profunda, onde o risco de exposição pulpar é grande e deve se optar por tratamento conservador por 45 dias antes da reabilitação definitiva. Este código inclui a medicação e restauração provisória, com o objetivo de favorecer a formação de dentina reacional, o que pode permitir a manutenção da vitalidade pulpar. Evento único por dente. O procedimento não exclui a reabilitação definitiva a qual não poderá ser requisitada antes de 30 dias para o mesmo dente. O código também é utilizado para fase provisória de preparo para onlay e inlays, onde deverá ser preenchida a cavidade com material provisório até que ocorra a cimentação definitiva da restauração indireta.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico, as demais radiografias já estão incluídas.
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico, as demais radiografias já estão incluídas.
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico, as demais radiografias já estão incluídas.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicado no tratamento de perfurações, trincas e fechamento de ápice. Com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico, as demais radiografias já estão incluídas.
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicado no tratamento de apicificação para dentes com rizogênese incompleta. Com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico, as demais radiografias já estão incluídas.
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico, as demais radiografias já estão incluídas.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico, as demais radiografias já estão incluídas. O código deverá ser utilizado para dentes que compreendem no mínimo 3 condutos.
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico, as demais radiografias já estão incluídas.
85200174	Curativo endodôntico em situação de urgência	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Pode ser solicitado em condição de urgência / emergência. Não indicado para senha de tratamento eletivo.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85200182	Curetagem apical	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Curetagem na região do ápice da raiz do dente, onde não será realizada a apicectomia. Evento restrito à especialista em endodontia ou buco maxilo facial.
81000545	Diagnóstico e tratamento de trismo	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***
82001219	Reeducação e/ ou reabilitação de distúrbio buco-maxilo-facial	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	Sim	Sim	DUT Nº 96	ASAI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Os métodos conservadores resultam apenas no alívio temporário dos sintomas nos primeiros episódios de carácter agudo. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	Sim	Sim	DUT Nº 89	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	Sim	Sim	DUT Nº 89	DENTE	Sim	<p>Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança.</p> <p>A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.</p>	Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS
85400017	Ajuste Oclusal por acréscimo	Sim	Sim	***	AS-AI	Sim	<p>Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança.</p> <p>A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.</p>	Modificações nas superfícies dos dentes através de acréscimo de materiais restauradores.
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	Sim	Sim	***	ASAI	Sim	<p>Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança.</p> <p>A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.</p>	Ajuste oclusal não é liberado para próteses e restaurações em tratamento e sim para casos comprovados de desarmonia oclusal - DTM. Não é liberado como desgaste de órtese miorelaxante.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	Sim	Não	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Não poderá ser solicitado para reembolso.
85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	Sim	Não	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Não poderá ser solicitado para reembolso.
85400076	Coroa provisória com pino	Sim	Sim	DUT N° 90	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicado para reabilitação de dentes com tratamento endodôntico finalizado, pois já contempla pino provisório para retenção da coroa. Não poderá ser solicitada como provisório de Onlay/Inlay, visto se tratar de preparo em toda a extensão dentária, não condizente tecnicamente com os preparos de restauração indireta.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) n° 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400084	Coroa provisória sem pino	Sim	Sim	DUT Nº 90	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Não liberada junto com coroa provisória com pino. Não pode ser solicitada como provisório de Onlay/Inlay, pois trata-se de preparo em toda a extensão dentária, não condizente tecnicamente com os preparos de restauração indireta.
85400092	Coroa total acrílica prensada	Sim	Sim	DUT Nº 90	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Não liberado como coroa provisória em tratamentos extensos ou longos. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS
85400106	Coroa total em cerâmica pura	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400114	Coroa total em cerômero	Sim	Sim	DUT Nº 92	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS
85400149	Coroa total metálica	Sim	Sim	DUT Nº 93	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS
85400157	Coroa total metalo cerâmica	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400165	Coroa total metalo plástica – cerômero	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***
85400181	Faceta em cerâmica pura	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	É vedada a confecção ou troca de restauração por motivo estético, inclusive lentes de contato. O código será autorizado somente para casos em que houver comprometimento da estrutura dentária em mais de 3 faces, não passíveis de serem restaurados por meio direto. Estarão incluídos todos os custos laboratoriais e as rotinas necessárias à correta oclusão/adaptação do elemento protético. Nos casos de dentes passíveis de restaurações diretas, não serão autorizadas próteses dentárias para melhor estética do elemento dental ou do conjunto de dentes (contíguos ou adjacentes). Será autorizado apenas de canino a canino. Não serão autorizados para tratamento com lentes de contato. Fotos comprobatórias poderão ser solicitadas ao prestador para a liberação das facetas.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400211	Núcleo de preenchimento	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Os núcleos de preenchimento em resina ou ionômero de vidro, serão autorizados somente sob restaurações diretas ou indiretas (onlays/inlays) em cerâmica ou cerômero e em dentes tratados endodonticamente onde não seja necessária a colocação de núcleo.
85400220	Núcleo metálico fundido	Sim	Sim	DUT N° 94	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Não poderá ser solicitado para o mesmo dente com pino pré fabricado. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS
85400246	Órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora)	Sim	Não	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Deverá ser autorizada somente em material acrílico. O código contempla ajustes necessários para o tratamento. Laudos deverão conter a justificativa clínica com o tipo de disfunção, planejamento de tratamento e prognóstico. A codificação não será liberada para moldeira de clareamento dentário.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) n° 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400262	Pino pré fabricado	Sim	Sim	DUT Nº 94	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Não poderá ser solicitado para o mesmo dente que contenha núcleo metálico fundido. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS.
85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	No código referente à prótese fixa adesiva indireta em metalocerâmica deverá ser considerado somente o elemento faltante, portanto a quantidade é sempre 1 (um) e só é autorizado para a perda de um elemento dentário.
85400335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Código solicitado para dentes que serão unidos na reabilitação protética. Solicitar o código para pilares e pânticos envolvidos no mesmo planejamento. Este código não deverá ser utilizado para reabilitações individuais.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400343	Prótese parcial fixa em metalo plástica	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Código solicitado para dentes que serão unidos na reabilitação protética. Solicitar o código para pilares e pânticos envolvidos no mesmo planejamento. Este código não deverá ser utilizado para reabilitações individuais.
85400360	Prótese parcial fixa provisória	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Código solicitado para dentes que serão unidos na reabilitação protética. Solicitar o código para pilares e pânticos envolvidos no mesmo planejamento. Este código não deverá ser utilizado para reabilitações individuais. Contempla somente a fase provisória de reabilitações que receberão próteses parciais fixas.
85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral	Sim	Não	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + foto inicial com a prótese posicionada . Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicado para reabilitação que envolva dentes pilares com prognóstico favorável para suporte da mesma condição clínica favorável para o evento definitivo. Lauda deve conter a descrição dos dentes a serem substituídos pela prótese e a foto deverá mostrar a prótese antiga que justifique a substituição pela nova a ser solicitada.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	Sim	Não	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio x inicial para análise dos dentes a serem extraídos. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Liberada após exodontias múltiplas comprovadas pelo histórico ou laudo, e / ou reabilitação pós exodontia de dente em região anterior. Não poderá ser autorizado para reabilitação provisória pós cirurgia de implante, visto que a tabela não contempla cobertura para este evento.
85400408	Prótese total	Sim	Não	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + foto inicial com a prótese posicionada . Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicada para reabilitação em regiões edêntulas e /ou que contenham apenas o 3º molar que não permite apoio com grampo e não está planejado para a exodontia. Prótese total superior ou inferior. A foto deverá mostrar a prótese antiga que justifique a substituição pela nova a ser solicitada. A Postal Saúde não prevê cobertura para perdas de prótese, pois o bom uso e conservação da prótese depois de instaladas são de responsabilidade do beneficiário.
85400416	Prótese total imediata	Sim	Não	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Liberada após exodontias múltiplas comprovadas pelo histórico ou Laudo.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400424	Prótese total incolor	Sim	Não	***	AS	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicada para reabilitação em regiões edêntulas e /ou que contenham apenas o 3º molar que não permite apoio com grampo e não está planejado para a exodontia. Prótese total superior com a confecção do palato incolor. A foto deverá mostrar a prótese antiga que justifique a substituição pela nova a ser solicitada. A Postal Saúde não prevê cobertura para perdas de prótese, pois o bom uso e conservação da prótese depois de instaladas são de responsabilidade do beneficiário.
85400459	Provisório para Restauração metálica fundida	Sim	Sim	DUT Nº 90	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Procedimento provisório em dentes permanentes previos a restauração metálica fundida.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Procedimento realizado em urgência. Evento não poderá ser solicitado durante o tratamento e instalação da prótese definitiva. Nos casos de solicitação em guia eletiva, deverá conter a justificativa do motivo da requisição não ser em regime de urgência.
85400475	Reembasamento de coroa provisória	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Compreende a inserção de material resinoso para ajuste e adaptação de coroa provisória.
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	Sim	Não	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	O procedimento é mediato, ou seja, depende de laboratório, não poderá ser autorizado em urgência, pois a fase laboratorial, exige que o evento seja eletivo.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400505	Remoção de trabalho protético	Sim	Sim	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicado para remoção trabalho protético em dentes pilares ou dentes com trabalho unitário. O código já contempla pônticos, não podendo ser solicitado para estes dentes. Evento único por tratamento, não podendo ser solicitado entre sessões para preparo e moldagem prévia a fase definitiva.
85400513	Restauração em cerâmica pura - inlay	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicado para reabilitação com restauração indireta. Para a restauração temporária deverá utilizar o código 85200085 - Restauração temporária
85400521	Restauração em cerâmica pura - onlay	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicado para reabilitação com restauração indireta em dentes com comprometimento em região de cúspide. Para a restauração temporária deverá utilizar o código 85200085 - Restauração temporária

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400530	Restauração em cerômero - onlay	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicado para reabilitação com restauração indireta em dentes com comprometimento em região de cúspide. Para a restauração temporária deverá utilizar o código 85200085 - Restauração temporária
85400548	Restauração em cerômero - inlay	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicado para reabilitação com restauração indireta. Para a restauração temporária deverá utilizar o código 85200085 - Restauração temporária
85400556	Restauração metálica fundida	Sim	Sim	DUT Nº 95	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Restauração metálica fundida que envolva um único dente. Não será autorizado como pilar de PPF. Não será autorizada em dentes anteriores. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400572	Coroa 3/4 ou 4/5	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Tipo de coroa para reabilitar de forma parcial o dente, envolvendo 3 ou 4 faces do dente. Não poderá ser utilizado em reabilitações de onlay. O código de coroa provisória (com ou sem pino) poderá ser utilizado na fase provisória deste tipo de reabilitação.
85400599	Planejamento em prótese	Sim	Sim	DUT N° 89, 92, 93, 94, 95	AS-AI	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Para casos de planejamento extenso em prótese unitária. Liberado para planejamento que envolva no mínimo 5 coroas. Necessário averiguar se a indicação atende aos critérios da DUT / ANS
85400610	Prótese total caracterizada	Sim	Não	***	AS	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Indicada para reabilitação em regiões edêntulas e /ou que contenham apenas 3º molar que não permite apoio com grampo e não está planejado para a exodontia. Prótese total caracterizada. A foto deverá mostrar a prótese antiga que justifique a substituição pela nova a ser solicitada. A Postal Saúde não prevê cobertura para perdas de prótese, pois o bom uso e conservação da prótese, depois de instaladas, são de responsabilidade do beneficiário.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85500011	Coroa provisória sobre implante	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial com implante instalado + Laudo da osseointegração. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Coroa provisória sobre implante unitária. Nos casos que envolverem o implante vinculado na PPF, a fase provisória deverá ser solicitada com o código de prótese parcial fixa provisória.
85500038	Coroa total metalo cerâmica sobre implante	Sim	Não	***	DENTE	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura + raio X inicial com o implante instalado + Laudo da osseointegração. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	As próteses sobre implante se referem a elementos unitários ou próteses fixas sobre implantes. No caso de próteses fixas, o pêntico é cobrado pelo código (85400335), prótese parcial fixa em metalocerâmica - por elemento. A Postal Saúde não prevê cobertura para overdentures nem para protocolos.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
87000040	Coroa de acetato em dente permanente	Sim	Sim	DUT Nº 89	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Coroa feita do material acetato em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto ou em pacientes não cooperativos. Indicado para pacientes especiais.
87000059	Coroa de aço em dente permanente	Sim	Sim	DUT Nº 89	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Coroa feita do material acetato em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto ou em pacientes não cooperativos. Indicado para pacientes especiais.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente	Sim	Sim	DUT Nº 89	DENTE	Sim	Relatório médico ou odontológico com justificativa contendo enquadramento em diretriz de utilização (DUT / ANS), data, carimbo, CRO, assinatura, sem rasura. + raio x Inicial. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Coroa feita do material acetato em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto ou em pacientes não cooperativos. Indicado para pacientes especiais.
81000200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	SIM	SIM	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Laudos deverão conter a justificativa clínica referente ao pedido.
81000219	Diagnóstico e tratamento de halitose	SIM	SIM	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Laudos deverão conter a justificativa clínica referente ao pedido.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
81000235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	SIM	SIM	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Laudo deverá conter a justificativa clínica referente ao pedido.
81000243	Diagnóstico por meio de enceramento	SIM	SIM	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Não deverá ser solicitado junto à consulta odontológica. O diagnóstico é o procedimento em que reabilitações são planejadas e desenvolvidas em cera para determinar e guiar os procedimentos clínicos e laboratoriais. Não poderá ser solicitado como consulta para escaneamento dental.
81000260	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais	SIM	SIM	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Não deverá ser solicitado junto a consulta odontológica. O diagnóstico é o procedimento em que reabilitações são planejadas e desenvolvidas em cera para determinar e guiar os procedimentos clínicos e laboratoriais. Não poderá ser solicitado como consulta para escaneamento dental.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Cobertura Planos CORREIOS SAÚDE	Cobertura Plano VIVER SAÚDE	DUT ANS	DENTE/ REGIÃO	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	SIM	SIM	***	ASAI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	Conjunto de 14 radiografias periapicais que englobam todos os elementos dentais.
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	SIM	SIM	***	AS-AI	Sim	Pedido em GTO com justificativa clínica datado, carimbado (CRO e assinatura) e sem rasura. Obrigatória pesquisa de elegibilidade do beneficiário antes da realização do atendimento. Enviar GTO assinada pelo beneficiário na cobrança. A operadora pode solicitar relatório odontológico eventual para solicitações eletivas que subsidie a ausência de documentação complementar.	***

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Os procedimentos que necessitam de autorização estão sinalizados como SIM na coluna Exige Autorização Prévia. Os documentos exigidos deverão ser anexados diretamente na senha. Favor se atentar aos critérios exigidos em cada procedimento e documentos necessários para evitar que a senha fique com status pendente de documentação. Também é importante acompanhar o status da guia, pois pode haver pedido de documentação complementar pela auditoria, onde a justificativa técnica e imagens complementares poder ser indispensáveis ao prosseguimento da análise.

Todos os relatórios devem estar assinados, datados e carimbados.

As radiografias devem estar identificadas em cartela com a película posicionada de forma correta, com a identificação dos dentes a serem tratados e nome do beneficiário. Radiografias realizadas em radiológica devem ter seu template com as informações do beneficiário e data do exame visíveis para acompanhamento da auditoria.

Preferencialmente a autorização é realizada via autorizador online disponível no link Central do Credenciado no site da Operadora. Contingencialmente disponibilizamos para autorização nossa Central de atendimento 0800 881 8080.

Concluído o tratamento, o credenciado deverá encaminhar para a Postal Saúde a GTO assinada pelo paciente, bem como os documentos conforme os parâmetros na tabela descritos, devendo estar datado, carimbado e assinado pelo profissional assistente. Para efeito de pagamento é importante constar relatório que subsidie a ausência de documentação auxiliar impedida de ser requerida pela Operadora.

Para situações em que o segmento do tratamento tenha sido parcialmente executado, porém plenamente autorizado, recomendamos que, antes de prosseguir com o processo de pagamento, entre em contato com nossa Central de Atendimento para solicitar o cancelamento dos eventos não realizados. Além disso, é necessário desconsiderar tais itens na Guia de Tratamento Odontológico (GTO) impressa, devidamente sinalizado que não foram realizados. Essa medida é crucial para prevenir faturamentos e estornos resultantes de envios inadequados. Ademais, ela contribuirá para evitar que ocorra desconto indevido na coparticipação do beneficiário no tocante a eventos não realizados.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

A Postal Saúde prevê cobertura de eventos caracterizados como Urgência ou Emergência, conforme incisos do artigo 35-C da Lei 9656/1998 e CFO.

São considerados atendimentos odontológicos de urgência apenas aqueles que se destinam a melhorar ou controlar situações de agravo à saúde, com origem na cavidade oral, que, por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento imediato. Tal situação não configura, entretanto, risco iminente de vida.

Os procedimentos odontológicos elencados a seguir são considerados pela Postal Saúde como procedimentos de urgência odontológica, se caracterizado atendimento imediato:

- | | |
|---|---|
| a. Colagem de fragmentos dentários; | k. Reimplante de dente avulsionado; |
| b. Conserto de prótese total ou parcial; | l. Remoção de núcleo intrarradicular; |
| c. Colocação de coroa provisória imediata adesiva; | m. Reparo estético de prótese fixa; |
| d. Atendimento imediato para tratar odontalgia aguda; | n. Restauração (qualquer material); |
| e. Exodontia; | o. Restauração temporária; |
| f. Imobilização dentária temporária; | p. Sutura; |
| g. Incisão e drenagem de abscesso (intraoral e/ou extraoral); | q. Tratamento de alveolite; |
| h. Pulpotomia e pulpectomia; | r. Tratamento de hemorragia; |
| i. Recolocação e Remoção de trabalhos protéticos; | s. Tratamento de processo agudo (abscesso periodontal, GUN, Gengi-voestomatite herpética, pericoronarite, etc). |
| j. Redução de fraturas alvéolo-dentárias; | |

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465 e demais alterações.
- Atualizada em julho/2024.

Descrição Faces Dentais	
Código	Descrição
M	Mesial
D	Distal
O	Oclusal
V	Vestibular
L	Lingual - dentes inferiores
I	Incisal
P	Palatina - dentes superiores

Descrição da Região		
Região	Código	Descrição
Arco	AS	Arco Superior
	ASAI	Arco Superior e Inferior
	AS-AI	Arco Superior OU Arco Inferior
	AI	Arco Inferior
Hemi-Arco	HASD	Hemi - arco - Superior Direito
	HASE	Hemi - arco - Superior Esquerdo
	HAID	Hemi - arco - Inferior Direito
	HAIE	Hemi - arco - Inferior Esquerdo
Segmento	S1	Sextante superior posterior direito
	S2	Sextante superior anterior
	S3	Sextante superior posterior esquerdo
	S4	Sextante inferior posterior esquerdo
	S5	Sextante inferior anterior
	S6	Sextante inferior posterior direito
Região	RMD	Região dos molares lado direito
	RME	Região dos molares lado esquerdo
	RPD	Região dos pré-molares lado direito
	RPE	Região dos pré-molares lado esquerdo
	RL	Região lingual
	RSL	Região sub-lingual
Dente		11-12-13-14-15-16-17-18-19*-51-52-53-54-55-59*
		21-22-23-24-25-26-27-28-29*-61-62-63-64-65-69*
		31-32-33-34-35-36-37-38-39*-71-72-73-74-75-79*
		41-42-43-44-45-46-47-48-49*-81-82-83-84-85-89*

* Dentes supra-merários