

# Diretrizes de Intercâmbio Estadual

Data de Atualização: 11 de junho de 2025.

Início da vigência 01/07/2025.

## **DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

O Manual de Intercâmbio Estadual do Sistema Uniodonto tem por finalidade estabelecer normas, regras e diretrizes que norteiam o Intercâmbio entre as associadas à Uniodonto/RS Federação, consolidando a integração e a harmonia operacional entre as UNIODONTOS.

Neste manual foi utilizado Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS do Padrão TISS, para procedimentos odontológicos em nível ambulatorial, em conformidade com o disposto na Instrução Normativa nº 42, de 9 de junho de 2010, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

## **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

A Tabela Estadual da Uniodonto estará sempre disponível nos seguintes endereços:

Singulares Associadas - <https://www.uniodonto-rs.com.br/area-documentos>

Cooperados Individuais associados a Federação: <https://www.ufast.com.br/cooperado/inicio>

A tabela será aplicada a todos os procedimentos:

I – Cobertos, independente do rol de procedimentos mínimo:

a) em regime de preço pré-estabelecido, nos planos pré-estabelecidos e em regime misto;

b) em regime de preço pós-estabelecido, nos planos em regime misto de pagamento e em custo operacional;

II – Contratados, desde que a cobrança seja feita pela Uniodonto prestadora diretamente contra a Uniodonto contratada, e desta contra a pessoa contratante.

III – Todos os procedimentos que constam nessa instrução deverão observar as diretrizes de utilização divulgadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

IV – U.S.O (unidade de serviço odontológico) poderá ser variável, conforme aprovação prévia do Conselho de Administração.

## Consultas

1. A consulta odontológica (81000030), consiste em anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico das doenças e anomalias bucais do paciente, plano de tratamento e prognóstico.
2. Consulta odontológica para Avaliação Técnica de Auditoria (81000073) no beneficiário em intercâmbio será realizada somente por solicitação escrita da Uniodonto Contratada, bem como suas despesas.
3. Estabilização de Paciente por meio de contenção física e ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia (87000148). O pagamento do procedimento estará condicionado ao envio de Laudo do Dentista.
4. Condicionamento em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, código (87000032) e Condicionamento em Odontologia (81000014) somente serão pagos em pacientes com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, limitado a três sessões por ano.

## Urgência/Emergência

1. Os atendimentos de urgência/emergência não necessitarão de autorização prévia.
2. Os procedimentos de urgência/emergência deverão ser lançados em conjunto com a Consulta Odontológica de Urgência (81000049) ou com a Consulta Odontológica de Urgência 24 horas (81000057). Será considerado um (1) procedimento independentemente do número de dentes tratados.  
\* As consultas de urgência e emergência poderão ser lançadas de forma individual, sem necessidade do lançamento de procedimento de urgência e emergência.
3. Não é permitido cobrar, no mesmo atendimento, a consulta odontológica de urgência (códigos 81000049 ou 81000057) junto com outros procedimentos que não sejam de urgência ou emergência.
4. Nos casos de urgência/emergência, além do procedimento é facultada a cobrança de 1 Radiografia Periapical (81000421), para fins de diagnóstico se necessário. Quando realizada, a mesma deverá ser enviada, em anexo à guia de cobrança, por meio digital.

### Para efeito de distinção considera-se:

- I – Consulta Odontológica de Urgência (81000049), a consulta realizada em dias úteis das 07h às 19h.
- II – Consulta Odontológica de Urgência 24 horas (81000057), a consulta realizada em dias úteis das 19h às 07h, bem como em qualquer horário em dia não úteis.

III – Considera-se Urgência/ Emergência odontológica na prática da Uniodonto o atendimento que configure necessidade de agilidade em casos de trauma, dor ou recimentação de peças protéticas, restrito à realização de procedimentos que estejam descritos na Tabela da Uniodonto, no grupo Urgência/ Emergência.

5. Os procedimentos de Pulpectomia (85200034), e de Restauração Temporária/Tratamento Expectante (85200085), somente poderão ser cobrados quando realizados em caráter de urgência/emergência.

## **Radiologia e Fotografia**

1.A solicitação de Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (ortopantomografia) (81000405) e o Levantamento Periapical Radiográfico (81000294), deverão observar a diretriz de utilização divulgada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. (Cobertura obrigatória na segmentação odontológica como auxílio diagnóstico, pré e/ou pós-procedimento cirúrgico odontológico). Procedimento possui TRM (tempo de recorrência em meses) de 12 meses, salvo justificativa do profissional, sob análise de auditoria técnica.

2.A disponibilidade das imagens radiográficas e/ou fotográficas será realizada obrigatoriamente por meio digital, responsabilizando-se a Uniodonto Prestadora por sua fidedignidade, respeitadas as seguintes condições mínimas:

I – Obedecer às regras de angulação para cada grupo dentário a ser radiografado, sem cortes de coroa ou raiz nas periapicais, para que apareça toda coroa e todos os ápices;

II – Evitar danos na imagem e localização do elemento dentário a ser analisado;

III – Identificar nome do cooperado ou credenciado, nome do beneficiário, número de aprovação da guia e data da realização da radiografia;

IV – As clínicas radiológicas deverão encaminhar para cobrança, anexada à GTO o exame realizado.

V – As radiografias estão divididas por grupos de dentes. O lançamento de radiografias periapicais deve ser realizado informando as regiões a serem radiografadas. (Regiões constam na tabela)

VI – Os procedimentos de radiografia periapical (81000421) e radiografia interproximal (81000375), terão um tempo de recorrência mínima de 6 meses, quando realizados na mesma região, pelo mesmo profissional. Em casos específicos, enviar justificativa para a necessidade de realização do procedimento antes do TRM (tempo de recorrência em meses), que será analisada pela auditoria.

VIII – O envio das radiografias realizadas em consultório é indispensável para cobrança do procedimento e deverá ser anexada no sistema, sendo de responsabilidade do cooperado sua fidedignidade.

A radiologia segue as seguintes regras:

- I- Para pesquisa de cárie somente será paga a Radiografia Interproximal – Bite-Wing (81000375);

- II- Considera-se Levantamento Radiográfico/exame radiodôntico (81000294) a realização acima de 8 (oito) radiografias periapicais;
- III- A Radiografia Interproximal – Bite-Wing (81000375) pode ser solicitada juntamente com a Radiografia Panorâmica (81000405) ou com Levantamento Radiográfico/exame radiodôntico (81000294);
- IV- Radiografia Panorâmica (81000405) não pode ser realizada concomitantemente com Levantamento Radiográfico (81000294).
- V- Deverá ser aceita a condutometria ou prova do cone como radiografia inicial.

## Prevenção em Saúde Bucal

1. Atividade Educativa em Saúde Bucal (84000139) (87000016) visa informar e motivar o paciente quanto à necessidade de uma adequada higiene bucal, incluindo noções de etiopatogenia das doenças bucais. Trabalhar os fatores de risco das doenças periodontais como, fumo e diabetes. Mostrar e orientar, na própria boca do paciente a utilização dos diferentes artifícios utilizados para o controle do biofilme supragengival.

2. Os procedimentos de teste de capacidade tampão da saliva (84000228), teste de fluxo salivar (41401654), teste de Ph salivar (84000252), atividade educativa em odontologia para pais e/ou educadores de pacientes com necessidades especiais (87000016), atividade educativa em saúde bucal (84000139), atividade educativa para pais e/ou cuidadores (87000024) e controle de cárie incipiente (84000171) estão incluídos nos seguintes procedimentos:

- I- Consulta Odontológica (81000030);
- II- Profilaxia/Polimento Coronário (84000198);
- III- Aplicação Tópica de Flúor (84000090);
- IV- Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado (84000112);
- V- Remineralização (84000201);
- VI- Dessensibilização Dentária (8500012);
- VII- Controle de Biofilme/Placa Bacteriana (84000163);
- VIII- Aplicação de Selante – Técnica Invasiva (84000058);
- IX- Aplicação de Selante de Fóssulas e Fissuras (84000074);
- X- Raspagem Supragengival (85300047);
- XI- Raspagem Subgengival/Alisamento radicular (85300039);

3. O procedimento de Profilaxia/Polimento Coronário (84000198) está incluído no procedimento de Aplicação Tópica de Flúor (84000090), Dessensibilização Dentária (8500012) quando realizado em mais de 9 (nove) elementos, Raspagem Supragengival (85300047) e Subgengival (85300039) quando realizado em mais 3 (três sextantes) e poderá ser cobrado uma única vez por tratamento.

# Dessensibilização Dentária (85300012) autorizado somente em dentes permanentes.

4. O Controle de Biofilme/Placa Bacteriana (84000163):

- I- Está incluído na Profilaxia (84000198), Aplic. Tóp. De Flúor (84000090), Aplic. Tóp. De Verniz Fluoretado (84000112) e Dessensibilização Dentária (8500012);
- II- Será autorizado somente um procedimento por tratamento.

5. O procedimento de Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental/Placa Bacteriana (85300055) está incluído no Controle de Biofilme/Placa Bacteriana (84000163).
6. Aplicação Tópica de Flúor (84000090) é permitida para crianças com idade até 14 (quatorze) anos. Exceções a esta regra poderão ser feitas mediante justificativa adequada e avaliação de auditoria odontológica que comprove a necessidade em pacientes acima dessa faixa etária.
7. Todos os procedimentos de prevenção em saúde bucal deverão observar intervalo mínimo de 6 (seis) meses da última realização, salvo os casos em que for clinicamente comprovada e atestada a sua necessidade.

## **Odontopediatria**

### **NOTA IMPORTANTE: ODONTOPEDIATRIA ATÉ 14 ANOS DE IDADE.**

1. O Condicionamento em Odontologia (81000014) e Condicionamento em odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (87000032), somente será pago em pacientes com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, limitado a três sessões por ano;
2. Os procedimentos de Aplicação de Selante de Fóssulas e Fissuras (84000074) e Aplicação de Selante – Técnica Invasiva (84000058), somente serão realizados em dentes decíduos em pacientes com até 5 (cinco) anos ou em dentes permanentes com até 2 (dois) anos de erupção. Não podem ser utilizados concomitantemente com todos os códigos de restaurações, facetas, próteses e coroas.
3. Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado (84000112) aplicado em crianças até 8 anos com alto índice de cárie, ou em dentes permanentes com até 2 anos de erupção.
4. Aplicação de Cariostático (84000031) será pago somente em dentes decíduos;
5. O procedimento de Pulpotomia em Dente Decíduo (83000127) não necessitam de radiografia.
6. O procedimento de Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo (83000151) necessita de comprovação radiográfica inicial e final;
7. O procedimento de Remineralização (84000201), poderá ser realizado em pacientes com até 14 (quatorze) anos e, para fins de cobrança, independará do número de sessões realizadas. Não poderá ser cobrado concomitantemente aos procedimentos de Aplicação Tópica de Flúor (84000090), Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado (84000112) e Dessensibilização Dentária (85300012).
8. Aplicação Tópica de Flúor (84000090) e a Profilaxia (84000198) poderão ser realizadas de forma concomitante em crianças com idade até 14 (quatorze) anos.
9. Atividade Educativa em Saúde Bucal (84000139) (87000016) visa informar e motivar o paciente quanto à necessidade de uma adequada higiene bucal, incluindo noções de etiopatogenia das doenças bucais. Trabalhar os fatores de risco das doenças periodontais como diabetes. Mostrar e orientar, na própria boca do paciente a utilização dos diferentes artifícios utilizados para o controle do biofilme supragengival. Os códigos acima listados de atividade educativa em Saúde Bucal, poderão apenas ser utilizados concomitantemente com os códigos de consultas inicial (81000065)/(81000030). TRM (tempo de recorrência meses) de 12 meses, em crianças até 6 anos.

10. A raspagem supragengival (85300047) quando necessário em crianças menores de 14 (quatorze) anos, é obrigatório a comprovação de fotografia inicial e análise de auditoria prévia.

### **Dentística**

1. Os procedimentos de Capeamento Direto (85100013), Capeamento Indireto e Núcleo de Preenchimento (85400211), Ajuste Oclusal por desgaste Seletivo (85400025) e Ajuste oclusal por Acréscimo (85400017) estão incluídos nos seguintes procedimentos:

- I – Restauração de Amálgama – 1 face (85100099);
- II – Restauração de Amálgama – 2 faces (85100102);
- III – Restauração de Amálgama – 3 faces (85100110);
- IV – Restauração de Amálgama – 4 faces (85100129);
- V – Restauração em Ionômero de Vidro – 1 face (85100137);
- VI – Restauração em Ionômero de Vidro – 2 faces (85100145);
- VII – Restauração em Ionômero de Vidro – 3 faces (85100153);
- VIII – Restauração em Ionômero de Vidro – 4 faces (85100161);
- IX – Restauração em Resina Fotopolimerizável 1 face (85100196);
- X – Restauração em Resina Fotopolimerizável 2 faces (85100200);
- XI – Restauração em Resina Fotopolimerizável 3 faces (85100218);
- XII – Restauração em Resina Fotopolimerizável 4 faces (85100226);
- XIII – Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável (85100064).

# Para fins de oclusão, obrigatório o envio de Exame de Escaneamento Intraoral.

2. As Restaurações em Resina Fotopolimerizável em dentes posteriores somente devem ser realizadas se houver a comprovação clínica de sua necessidade. Tratamentos com finalidade estética não serão autorizados (por exemplo, troca de amálgama por resina, fechamento de diastema).

3. Os atos de Dentística para dentes anteriores e posteriores obedecerão às seguintes regras:

- I - Toda restauração deverá estar devidamente esculpida, polida e ajustada na oclusão, estando todos estes procedimentos inclusos no valor da restauração;
- II - Limite de 284 (duzentos e oitenta e quatro) U.S.O para as restaurações no mesmo elemento.
- III - Para sulcos escurecidos não são autorizados procedimentos restauradores e sim preventivos.
- IV - O Tempo de Recorrência Mínima (TRM) para restaurações será de 2 anos. Caso haja crítica no dia de realização da restauração, solicitar aprovação e enviar imagem fotográfica e/ou radiográfica inicial, ou seja, o que melhor comprovar a necessidade de realização da restauração em período inferior a 2 (dois) anos.
- V – Obrigatório anexar imagens fotográficas iniciais e finais para Restaurações de Amálgama (2 faces, 3 faces e 4 faces), Restaurações de Resina Fotopolimerizável (2 faces, 3 faces e 4 faces), Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável (85100064).

### **Endodontia**

1. Os procedimentos do grupo Endodontia necessitam de comprovação radiográfica inicial e final.

2. Para fins de comprovação e realização destes procedimentos deverá ser observado:

I - A radiografia não poderá apresentar cone-cut;

II - Sempre que pertinente, deverá ser acrescentado informações, no campo de observações da Guia, a respeito de qualquer alteração durante a manipulação ou obturação do canal e/ou relacionadas à imagem radiográfica obtida.

III - A radiografia final deverá dissociar as raízes para todos os elementos com mais de um conduto.

IV - Os procedimentos de Pulpectomia (85200034), de Pulpotomia (85200042) e de Restauração Temporária/Tratamento Expectante (85200085), estão contemplados em todos os procedimentos de ENDODONTIA da tabela da Uniodonto.

3. A remoção de obturação radicular está incluída nos procedimentos Retratamento Endodôntico Unirradicular (85200115), Retratamento Endodôntico Birradicular (85200093) e Retratamento Endodôntico Multirradicular (85200107).

4. O procedimento Curativo de Demora em Endodontia (85100056) está incluído em todos os procedimentos de Endodontia.

Parágrafo único. Para fins de cobrança poderão ser solicitados até 3 (três) radiografias, as quais deverão ser enviadas anexas à GTO, via sistema.

## **Periodontia**

1. Aumento de Coroa Clínica (82000212).

Consiste na intervenção cirúrgica para a recuperação do Espaço Biológico do Periodonto. Realizada através de retalho mucoperiosteal e osteotomia, observando a distância de 3 mm entre a crista óssea e a margem do preparo/cárie/restauração. O procedimento deve incluir os espaços interdentais contíguos. Utilização de cimento e curativos estão inclusos no procedimento.

### **REGRAS:**

# O procedimento deve incluir os espaços interdentais contíguos.

# Utilização de cimento e curativos está incluso no procedimento.

# Comprovação fotográfica inicial e final.

# O procedimento de odontosecção (82001073), obrigatório envio de comprovação de radiografia periapical inicial ou radiografia panorâmica.

2. Raspagem Subgengival / Alisamento Radicular (85300039).

É o procedimento que visa à remoção de todos os fatores de retenção de biofilme subgengival através do uso de instrumentos manuais ou ultrassônicos.

### **REGRA:**

# O procedimento de Raspagem Subgengival/Alisamento Radicular (85300039), necessita de comprovação radiográfica inicial.

# O procedimento do caput será realizado somente em sítios com perda óssea maior de 4 mm (junção cimento-esmalte até a crista óssea), visualizada na imagem radiográfica.

3. Raspagem Supra-gengival, alisamento e polimento (85300047).

É o procedimento que visa à remoção de todos os fatores de retenção de biofilme supra-gengival através do uso de instrumentos manuais ou ultrassônicos. Consiste em raspagem e alisamento das áreas coronárias e radiculares intrasulculares e o posterior polimento das superfícies instrumentadas.

# A raspagem supragengival (85300047) quando necessário em crianças menores de 14 (quatorze) anos, é obrigatório a comprovação de fotografia inicial e análise de auditoria prévia.

4. A Aplicação Tópica de Flúor (84000090) e Profilaxia (84000198), estão incluídos nos procedimentos de Raspagem Supragengival (85300047) e Raspagem Subgengival/Alisamento Radicular (85300039), quando o tratamento for realizado em mais de 3 (três) segmentos/sextantes.

5. A Raspagem supra-gengival (85300047), está incluída na raspagem subgengival (85300039), não podem ser lançadas concomitantemente pelo mesmo profissional e concorrem entre si num período de 6 meses.

6. Havendo conjuntamente no mesmo segmento/sextante os procedimentos de Raspagem Supragengival (85300047) e Raspagem Subgengival/Alisamento Radicular (85300039), a cobrança será feita por este último.

7. Havendo necessidade a realização de Raspagem Supragengival (85300047), antes do tempo mínimo de recorrência (6 Meses) é obrigatório justificar a necessidade para a realização do procedimento e anexar imagem fotográfica inicial que evidencie a presença de placa e cálculo no sextante a ser tratado.

8. No procedimento Tratamento de Gengivite Necrosante Aguda – GNA (85300071) está incluída a Raspagem Supragengival (85300047). Necessário foto inicial.

9. Manutenção Periodontal, tem por objetivo monitorar e controlar a doença periodontal, remover placa bacteriana e tártaro para preservar a saúde das gengivas e dos tecidos de suporte dos dentes, após tratamentos periodontais, como as raspagens subgengivais.

# Estabelece que após 4 meses realizada a Raspagem Subgengival (85300039) será autorizada a Raspagem Supragengival (85300047), mediante análise prévia de auditoria odontológica. Obrigatório envio de laudo com justificativa e fotografia inicial.

10.No procedimento Dessensibilização Dentária (85300012), quando realizado em mais de 9 (nove) elementos, estão incluídos os procedimentos de Profilaxia (84000198) e Aplic. Tópica de Flúor (84000090) e Aplic. Tópica de Verniz Fluoretado (84000112).

# Os procedimentos de Dessensibilização Dentária (85300012) ficarão limitados 120 (cento e vinte) U.S.O por tratamento.

11.O procedimento Tunelização (820041685) somente será realizado em elementos molares inferiores. Necessário envio de fotografia inicial.

12.O procedimento Cirurgia Odontológica a Retalho (82000417) não pode ser concomitantemente com a Cirurgia Periodontal a Retalho (82000336).

13.Cirurgia Periodontal a Retalho (82000417) e Cirurgia Odontológica a Retalho (82000336) é condicionado ao envio de imagem radiográfica inicial e fotografia final. Autorizado somente após 90 dias após a Raspagem Subgingival (85300039).

14.Cunha Proximal (82000557) é condicionada ao envio de fotografia inicial e final do procedimento.

15.Enxerto Gengival Livre (820000662) – Técnica cirúrgica periodontal utilizada para cobrir áreas com ausência ou deficiência de gengiva ceratinizada. A área doadora e receptora já está incluída no procedimento, bem como cimento e curativos. É necessário o envio de fotografia inicial e final. Pago por segmento e limitados a 2 realizações, somente serão executados nos segmentos 2 e 5, salvo justificativa do profissional.

16. Enxerto Pediculado (82000689) - Técnica cirúrgica periodontal utilizada para cobrir recessões gengivais de classe I e II de Muller, que se caracterizam por recessões estreitas e profundas. Necessário o deslizamento lateral ou reposicionamento coronário do retalho. A área doadora e receptora já está incluída no procedimento, bem como cimento e curativos. É necessário o envio de fotografia inicial e final (pós-operatório imediato). Pago por segmento e limitado a 2 realizações, somente serão executados nos segmentos 2 e 5, salvo justificativa do profissional.

17.Procedimentos de Gengivectomia (82000921) e Gengivoplastia (82000948) necessário apresentação de foto inicial e final.

18.Procedimento de Odonto-secção (82001073) está incluído na Remoção de Dentes Inclusos/Impactados (82001286) e Remoção de Dentes Semi-inclusos/Impactados (82001294).

## **Prótese**

1.Os procedimentos de Coroa de Acetato em Dente Decíduo (83000020), Coroa de Aço em Dente Decíduo (83000046), Coroa de Policarbonato em Dente Decíduo (83000062), Coroa de Acetato em Dente Permanente (87000040), Coroa de Aço em Dente Permanente (87000059) e Coroa de Policarbonato em Dente Permanente (87000067), necessitam de comprovação radiográfica e/ou fotográfica inicial e final.

2.Os procedimentos de Ajuste Oclusal por Acréscimo (85400017), e Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo (85400025), estão incluídos nos seguintes procedimentos:

- I - Coroa de Acetato em Dente Decíduo (83000020)
- II - Coroa de Aço em Dente Decíduo (83000046)
- III - Coroa de Policarbonato em Dente Decíduo (83000062)
- IV - Coroa Provisória com Pino (85400076)
- V - Coroa Provisória sem Pino (85400084)
- VI - Coroa Total em Cerômero (85400114)
- VII - Coroa Total Metálica (85400149)
- VIII - Núcleo Metálico Fundido (85400220)
- IX - Restauração Metálica Fundida (85400556)
- X - Coroa de Acetato em Dente Permanente (87000040)
- XI - Coroa de Aço em Dente Permanente (87000059)
- XII - Coroa de Policarbonato em Dente Permanente (87000067)

# Para fins de oclusão, obrigatório o envio de Exame de Escaneamento Intraoral.

3. Os procedimentos de Núcleo Metálico Fundido (85400220), e Núcleo de Preenchimento (85400211), não podem ser cobrados em conjunto com a Restauração Metálica Fundida (85400556). É necessário a comprovação radiográfica inicial e final.

4. O Pino Pré-Fabricado de Fibra de Vidro (85400262), necessita de comprovação fotográfica e/ou radiografia inicial e final e não poderá ser cobrado concomitantemente ao Núcleo de Preenchimento (85400211).

5. Necessário apresentação de imagem radiográfica e/ou fotográfica inicial e final dos seguintes procedimentos:

I - Coroa Provisória com Pino (85400076)

II - Coroa Provisória sem Pino (85400084)

III - Coroa Total em Cerômero (85400114)

IV - Coroa Total Metálica (85400149)

V - Restauração Metálica Fundida (85400556)

VI - Coroa de aço em dente permanente (87000059)

VII - Coroa Acetato em dente decíduo (83000020)

VIII - Coroa de Acetato em dente permanente (87000040)

IX - Coroa de Aço em dente decíduo (83000046)

6. Para fins de cobrança o procedimento de Coroa Provisória sem Pino (85400084), está contemplado no procedimento de Coroa Provisória com Pino (85400076), quando realizado para o atendimento do mesmo dente danificado

7. O Procedimento Coroa Total em Cerômero (85400114), deve ser realizado compreendendo restauração unitária com coroa total feita do material cerômero em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme Diretriz de utilização da Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS e sua realização deverá ser comprovado com imagem fotográfica/radiográfica inicial e final.

8. Os procedimentos de Coroa Provisória com Pino (85400076), e de Coroa Provisória sem Pino (85400084), têm cobertura obrigatória somente para dentes permanentes e não passíveis de reconstrução por meio direto.

9- Os procedimentos Remoção de Núcleo Intrarradicular (85200077), Remoção de Trabalho Protético (85400505) e Remoção de Corpo Estranho Intracanal (85200050), necessitam de comprovação radiográfica inicial e final.

10- Procedimento de Reembasamento de Coroa Provisória (85400475), necessário apresentação de fotografia inicial e final.

## Cirurgia

1. Os tratamentos de complicações pós-cirúrgicas estão incluídos nos custos dos procedimentos.

2. A Alveoloplastia (82000034), está incluída nos procedimentos de Exodontia a retalho (82000816), de Exodontia de raiz residual (82000859), de Exodontia simples de decíduo (83000089), de Exodontia simples de permanente (82000875), de Remoção de dentes inclusos/impactados (82001286), e de Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados (82001294).

3. Deverão ser encaminhadas à Uniodonto, independentemente de solicitação expressa, as radiografias ou fotografias iniciais e finais (o que melhor comprove necessidade e realização do procedimento) dos seguintes procedimentos:

- I - Amputação Radicular com Obturação Retrógrada (82000050);
- II - Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada (82000069);
- III - Apicetomia Birradicular com Obturação Retrógrada (82000077);
- IV - Apicetomia Birradicular sem Obturação Retrógrada (82000085);
- V - Apicetomia Multiradicular com Obturação Retrógrada (82000158);
- VI - Apicetomia Multiradicular sem Obturação Retrógrada (82000166);
- VII - Apicetomia Unirradicular com Obturação Retrógrada (82000174);
- VIII - Apicetomia Unirradicular sem Obturação Retrógrada (82000182);
- IX - Aprofundamento / Aumento de Vestíbulo (82000190);
- X - Cirurgia para Exostose Maxilar (82000352);
- XI - Cirurgia para Torus Mandibular – Bilateral (82000360);
- XII - Cirurgia para Torus Mandibular – Unilateral (82000387);
- XIII - Cirurgia para Torus Palatino (82000395);
- XIV - Cirurgia Periodontal a Retalho (82000417);
- XV – Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial (82000743);
- XVI - Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar (82000778);
- XVIII - Exérese ou Excisão de Mucocele (82000794);
- XIX - Exérese ou Excisão de Rânula (82000808);
- XX - Remoção de Dreno Extra-oral (82001308);
- XXI - Remoção de Dreno Intra-oral (82001316);
- XXII - Remoção de Odontoma (82001367);
- XXIII - Retirada de corpo estranho buco-orofaríngeo ou aronasal da região buco-maxilo-facial (82001391).

4. Deverão ser encaminhadas à Uniodonto, as fotografias iniciais e finais dos seguintes procedimentos:

- I Aumento de Coroa Clínica (82000212);
- II Bridectomia (82000298);
- III Bridotomia (82000301);
- IV Frenulectomia Labial (82000883);
- V Frenulectomia Lingual (82000891);
- VI Frenulotomia Labial (82000905);
- VII Frenulotomia Lingual (82000913);
- VIII Ulectomia (82001707);

IX Ulotomia (82001715);

5.Os procedimentos de Exodontia Simples de Permanente (82000875), de Exodontia de Permanente por Indicação Ortodôntica/Protética (82000832), de Exodontia a retalho (82000816), de Exodontia de raiz residual (82000859), de remoção de dentes inclusos/impactados (82001286), e de Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados (82001294), incluem a odonto-secção (82001073).

6.Os procedimentos Remoção de Dentes Inclusos/Impactados (82001286), de Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados (82001294), Exodontia de dente Semi Incluso/Impactado Supra - numerário (82001731) e Exodontia de dente Incluso/Impactado Supra-numerário (82001740) necessitam de comprovação radiográfica inicial e estão dispensados da comprovação radiográfica final.

7.O procedimento de Curetagem Apical (85200182), executada antes ou posteriormente, está incluída nos procedimentos Apicetomia Unirradicular sem Obturação Retrógada (82000182), Apicetomia Unirradicular com Obturação Retrógada (82000174), Apicetomia Birradicular sem Obturação Retrógada (82000085), Apicetomia Birradicular com Obturação Retrógada (82000077), Apicetomia Multirradicular sem obturação (82000166) e Apicetomia Multirradicular com Obturação Retrógada (82000158).

8.O procedimento de Plastia de ducto salivar ou exérese de cálculo ou de rânula salivar (30204097) está incluído nos procedimentos Exérese ou excisão de rânula (82000808), Exérese ou excisão de mucocele (82000778).

9.Deverão ser encaminhadas à Uniodonto, as radiografias iniciais dos seguintes procedimentos:

- I- Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária (82001170);
- II- Redução Incruenta de Fratura Alvéolo Dentária (82001189);
- III- Remoção de Odontoma (82001367);
- IV- Tratamento Cirúrgico das Fístulas Buco Sinusal (82001529);
- V- Tratamento Cirúrgico das Fístulas Buco Nasal (82001510);
- VI- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Bucomaxilofacial (82001553);
- VII- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Bucomaxilofacial (82001588);
- VIII- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Bucomaxilofacial (82001596);
- IX- Tratamento Cirúrgico para Tumores Benignos de Tecidos Moles na Região Bucomaxilofacial (82001618);
- X- Exérese ou excisão de cistos odontológicos (82000786)
- XI- Tratamento Cirúrgico para Tumores Odontogênicos Benígnos – sem reconstrução (82001634);
- XII- Remoção de Dentes Inclusos/Impactados (82001286);
- XIII- Remoção de Dentes Semi- Incluso/impactado (82001294);
- XIV- Cirurgia Periodontal à Retalho (82000417).

## Ortodontia

O procedimento de Ortodontia observará, no que couberem, as disposições seguintes:

I - O procedimento Manutenção de Aparelho Ortodôntico – Aparelho Fixo Metálico (86000357), contemplará a confecção, instalação, manutenção e a contenção.

**Parágrafo único- Será admitida 1 cobrança de manutenção ortodôntica por mês.**

III - A documentação ortodôntica contemplará, em cada caso, os seguintes itens:

Documentação Ortodôntica Básica (Tipo 1) compõe-se de: 5 (cinco) fotografias, Teleradiografia com 1 Traçado, Radiografia Panorâmica, Modelos de Estudo, Pasta Ortodôntica e Caixa de Modelos.

IV - Documentação Ortodôntica Completa (Tipo 2) compõe-se de: 8 fotografias, Teleradiografia com até 4 Traçados, Radiografia Panorâmica, Modelos de Estudo, Pasta Ortodôntica, Caixa de Modelos, 4 Radiografias Periapicais, 4 traçados, 6 Imagens (Slides/CD/Pen-drive) e 2 radiografias interproximais (Bite Wing).

**A documentação Ortodôntica somente poderá ser solicitada para início de tratamento ortodôntico e liberada se houver cobertura no plano.**

Obs: Manutenção Ortodôntica será admitida 1 cobrança mês para cada beneficiário.

## **PROCEDIMENTOS EXTRA PLANO**

- I- Procedimento Órtese de Miorrelaxante (placa de bruxismo), 85400246, tempo de recorrência mínima de 12 meses. É necessário anexar fotografia inicial e laudo com justificativa do profissional.
- II- Procedimento de Clareamento Dentário Caseiro, 85100021, tempo de recorrência mínima de 24 meses. Incluído 1 seringa de gel clareador. É necessário anexar fotografia inicial.

## **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Sempre que pertinente, anexar à GTO o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo beneficiário ou responsável legal e o cooperado.

As GTOS - Guias de Tratamento Odontológico, deverão ser enviadas para faturamento em até 180 dias (prazo máximo) da data de realização do procedimento devidamente assinadas fisicamente ou por meio digital.

**O Recurso de Glosa deverá ser apresentado, via sistema, até 60 dias após a data da glosa efetivada.**