

TABELA DE INTERCÂMBIO UFAST

CÓDIGO-TUSS	ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS	USO	TRM*	DOM
CONSULTA				
81000030	Consulta odontológica	57	6	AS/AI
81000065	Consulta Odontológica Inicial	57	6	AS/AI
81000049	Consulta odontológica de Urgência	74	0	AS/AI
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	179	0	AS/AI
82000700	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica.	0	0	AS/AI
Consulta Odontológica de Urgência (81000049) realizada em dias úteis das 08:00 horas às 20:00 horas.				
Consulta Odontológica de Urgência 24 hs (81000057) realizada em dias úteis das 20:30 horas às 07:30 horas e em qualquer horário em dias não úteis.				
As consultas de Urgência podem ser acompanhadas de <u>um procedimento de urgência</u> , independente do número de dentes tratados.				
Em caso de atendimento exclusivamente para prescrição medicamentosa, considerar somente a Consulta de Urgência.				
É facultada a cobrança de uma radiografia periapical para fins de diagnóstico, se necessário. Neste caso o envio da Radiografia anexada à GTO se faz necessário. Nesta situação, a radiografia periapical pode ser colocada na mesma guia dos procedimentos e consulta de urgência e encaminhada para a Uniodonto do Origem do Beneficiário				
Consulta Odontológica consiste em anamnese, preenchimento de ficha clínica odontológica, diagnóstico de doenças e anomalias bucais do paciente, plano de tratamento e prognóstico. Este procedimento não poderá ser cobrado com os procedimentos de Condicionamento em Odontologia para pacientes com necessidades especiais código (87000032) ou de Condicionamento em Odontologia, código (81000014).				
Os procedimentos de Urgência devem ser elencados em uma GTO apenas para isso.				
Consulta Odontológica com o envio do Odontograma (81000065) Só será pago com o envio do mesmo, juntamente com a guia de cobrança.				
Consulta Odontológica para avaliação técnica de auditoria (81000073) no beneficiário de intercâmbio será realizada por solicitação escrita da Uniodonto origem e as suas despesas com laudo.				
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA				
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	20/jan	0	DENTE
85100048	Colagem de fragmentos dentários	20	0	DENTE
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	20	0	DENTE
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	20	0	DENTE
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	20	0	DENTE
82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	20	0	AS/AI
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	20	0	AS/AI
85300080	Pericoronarite Combinar com o código: 81000049 (Consulta odontológica de Urgência) e/ou 81000057 (Consulta odontológica de Urgência 24 h).	20	0	DENTE
85200034	Pulpectomia	20	0	DENTE
85200042	Pulpotomia	20	0	DENTE
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	20	0	DENTE
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	20	0	AS/AI
82001251	Reimplante dentário com contenção	20	0	DENTE
82001308	Remoção de dreno extra-oral. Está incluso no procedimento 82001022 (Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e – ou flegmão da região buco-maxilo-facial) Combinar com o código: 81000049 (Consulta odontológica de Urgência) e/ou 81000057 (Consulta odontológica de Urgência 24 h).	0	0	AS/AI
82001316	Remoção de dreno intra-oral Está incluso no procedimento 82001030 (Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e – ou flegmão da região buco-maxilo-facial) Combinar com o código: 81000049 (Consulta odontológica de Urgência) e/ou 81000057 (Consulta odontológica de Urgência 24 h).	0	0	AS/AI
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	20	0	DENTE
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	20	0	AS/AI
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	20	0	AS/AI
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	20	0	DENTE

TABELA DE INTERCÂMBIO UFAST

CÓDIGO-TUSS	ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS	USO	TRM*	DOM
85100013	Capeamento Pulpar Direto	20	0	DENTE
82001650	Tratamento de alveolite	20	0	DENTE
85100056	Tratamento de Odontalgia Aguda	20	0	DENTE

Deverão ser lançados a Consulta Odontológica de urgência /emergência, seguido de somente um dos procedimentos acima, independentemente do número de elementos tratados.

Os procedimentos de de Remoção de dreno extra-oral e Remoção de dreno intra oral estão incluídos, respectivamente, nos procedimentos de Incisão e Drenagem extra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco maxilo facial (82001022) e Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial (82001030)

RADIOLOGIA

81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	270	6	AS/AI
81000421	Radiografia periapical (RMSD,RPSP,RCSD,RIS,RCSE,RPSE,RMSE - RMID,RPID,RCID,RIL,RCIE,RPIE,RMIE)	30	6	Regiões
81000375	Radiografia interproximal - <i>bite-wing</i> (RMD, RPD,RME,RPE)	30	6	Regiões
81000383	Radiografia Oclusal	128	6	AS/AI
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	162	6	AS/AI

Todas as radiografias realizadas em consultório (periapicais e/ou interproximais) deverão ser enviadas para a Uniodonto juntamente com a guia de cobrança.

Para radiografias realizadas em Clínicas de Radiologia deve ser enviado a requisição do dentista solicitante, cópia do laudo do radiologista e imagem digitalizada da radiografia para a Uniodonto de Origem.

Levantamento Radiográfico (81000294) consta de no mínimo 9 radiografias periapicais.

O envio das radiografias à Uniodonto poderá ocorrer tanto por meio físico, como por meio digitalizado *ou fotografia*, responsabilizando-se em qualquer caso, o cooperado de sua fidedignidade.

Para procedimentos periodontais será autorizado a Levantamento Radiográfico (81000294 ou Radiografia Panorâmica), com a indicação do procedimento.

Para pesquisa de cárie somente será autorizada a Radiografia Interproximal - *bite wing* (81000375) com a indicação do procedimento;

O Exame radiodôntico (81000294) não pode ser realizado concomitantemente com outro exame radiográfico complementar (salvo justificativa do profissional)

A radiografia periapical será classificada por região (molares superior esquerdo, molares superiores direito, molares inferiores esquerdo, molares inferiores direito).

Na hipótese de radiografia panorâmica (81000405) poderá ser remetido o laudo do radiologista em substituição á radiografia.

TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO

81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	250	0	
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	250	0	
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	250	0	
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	250	0	
84000244	Teste de fluxo salivar	0	0	
84000252	Teste de PH salivar	0	0	
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial Não combinar com os códigos:82000255, 82000239, 82000263, 88000133, 82000271 e 82000280.	0	0	

Os procedimentos de teste de capacidade tampão da saliva(84000228)teste de fluxo salivar(84000244)teste de PH salivar(84000252) estão incluídos nos procedimentos incluídos nos procedimentos de prevenção.

PREVENÇÃO + ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL/ATIVIDADE EDUCATIVA

84000090	Aplicação tópica de flúor	80	6	AS/AI
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	0	0	
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	0	0	
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	0	0	
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	40	12	AS/AI
84000198	Profilaxia: polimento coronário	70	6	AS/AI
85300055	Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme (Placa Bacteriana)	0	0	ASA

ATF/ Verniz Fluoretado somente em pacientes com menos de 14 anos

O procedimento de Remoção de fatores de biofilme dental (85300055) está incluído no controle de biofilme (placa bacteriana - 84000163)

Aplicação Tópica de Flúor e Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado: Poderão ser aplicados em pacientes acima de 14 anos com justificativa técnica apresentada pelo cirurgião dentista, -* incluso raspagem supra ou sub, controle de placa ou profilaxia. Outras finalidades com justificativa do cirurgião dentista.

Aplicação de Cariostático poderá ser cobrado somente em dentes decíduos e inclui remoção de fatores de retenção de biofilme, sendo o controle de biofilme incluído em todos os procedimentos listados na tabela.

Atividade Educativa em Saúde Bucal está incluída em todos os procedimentos listados na tabela.

TABELA DE INTERCÂMBIO UFAST

CÓDIGO-TUSS	ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS	USO	TRM*	DOM
<p>Profílatia está incluída na ATF, Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado, dessensibilização dentária na RAP SUPRA e RAP SUB quando em mais de 3 Ss.</p> <p>Controle de Biofilme (Placa Bacteriana) (84000163) está incluído na Profílatia, Polimento Coronário (84000198), Aplicação Tópica de Flúor (84000090), Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado (84000112) e Dessensibilização Dentária (85300012) e será autorizado somente um procedimento por tratamento.</p> <p>Todos os procedimentos de prevenção em saúde bucal deverão observar intervalo mínimo de 6 meses da última realização, salvo os casos em que for clinicamente comprovada a sua necessidade.</p>				
<p>Aplicação Tópica de Flúor (84000090) contempla a profílatia. Está incluído em todos os procedimentos da tabela e, acima de 14 anos de idade, estará sujeita à justificativa técnica.</p>				
<p>ATF/ Verniz Fluoretado/ Profílatia estão incluídos na RAP SUPRA E RAP SUB.</p>				
<p>Dessensibilização Dentária quando realizada em mais de 9 dentes, está incluído nos procedimentos de Profílatia e Aplicação Tópica de Flúor.</p>				
<p>Teste de capacidade tampão da saliva (84000228), teste de fluxo salivar (84000244), teste de PH salivar (84000252), atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais (87000016), atividade educativa em saúde bucal (84000139) e atividade educativa para pais e/ou cuidadores (87000024) estão incluídos nos seguintes procedimentos:</p>				
<p>I - Consulta Odontológica (81000030); II - Profílatia: Polimento Coronário (84000198); III - Aplicação Tópica de Flúor (84000090); IV - Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado (84000112); V - Remineralização (84000201); VI - Dessensibilização Dentária (85300012); VII - Controle de Biofilme (Placa Bacteriana) (84000163); VIII - Aplicação de Selante de fósulas e fissuras (84000074); IX - Aplicação de Selante - Técnica Invasiva (84000058); X - Raspagem Supra-gengival (85300047); XI - Raspagem Subgengival / Alisamento Radicular (85300039); XII - Curetagem de Bolsa Periodontal - Bolsas com mais de 4 mm (3030).</p>				
ODONTOPEDIATRIA				
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	133	6	AS/AI
84000031	Aplicação de carióstático	120	6	AS/AI
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	87	12	DENTE
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras	50	12	DENTE
81000014	Condicionamento em Odontologia	80	0	
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	80	0	
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	230	12	DENTE
87000040	Coroa de acetato em dente permanente	230	12	DENTE
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	230	12	DENTE
87000059	Coroa de aço em dente permanente	230	12	DENTE
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	230	12	DENTE
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente	230	12	DENTE
83000089	Exodontia simples de decíduo	87	0	DENTE
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	185	36	DENTE
84000201	Remineralização	80	6	AS/AI
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	101	12	DENTE
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	101	12	DENTE
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	101	12	DENTE
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	101	12	DENTE
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	230	36	DENTE
<p>Aplicação de Selante de fósulas e fissuras (84000074) / Aplicação de Selante - Técnica Invasiva (84000058) somente serão realizados em dentes decíduos em pacientes com até cinco anos de idade ou em dentes permanentes com até dois anos de erupção e não podem ser realizados em faces coincidentes em conjunto com procedimentos de restauração de amálgama, resina e cimento de ionômero de vidro.</p>				
<p>Salvo justificativa técnica apresentada pelo cirurgião dentista, os procedimentos de ATF e Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado serão aplicados em pacientes com até quatorze anos de idade.</p>				
<p>Aplicação Tópica de Flúor (84000090) e a Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado (84000112) não poderão ser realizados de forma conjunta, no mesmo tratamento e durante o Tempo Mínimo de Recorrência.</p>				
<p>Aplicação de Cariostático - AMB (84000031) será cobrada somente em dentes decíduos.</p>				
<p>Condicionamento em Odontologia (81000014) / Condicionamento em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (87000032) somente serão pagos em pacientes com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, limitado a três sessões por ano juntamente com o tratamento objeto do condicionamento.</p>				
<p>O procedimento de Estabilização do paciente por meio de contenção física ou mecânica (82000700) está incluído no Condicionamento em Odontologia (81000014) e no Condicionamento em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (87000032)</p>				
<p>Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo necessita de comprovação radiográfica inicial e final.</p>				
<p>Remineralização (84000201) poderá ser realizado em pacientes com até 15 anos de idade e, para fins de cobrança, independe do número de sessões realizadas.</p>				
<p>Pulpotomia em Dente Decíduo (83000127) e Imobilização Dentária em Dentes Decíduos (85000787), necessitam radiografia inicial.</p>				
DENTÍSTICA				
85400017	Ajuste Oclusal por acréscimo	0	0	ASAI
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	235	12	ASAI
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	284	24	DENTE
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	96	24	DENTE
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	142	24	DENTE
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	194	24	DENTE
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	220	24	DENTE
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	96	24	DENTE
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	142	24	DENTE

TABELA DE INTERCÂMBIO UFAST

CÓDIGO-TUSS	ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS	USO	TRM*	DOM
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	194	24	DENTE
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	284	24	DENTE
85000135	Restauração atraumática de dente decíduo Está incluído nos seguintes procedimentos: 85100099; 85100102; 85100110; 85100129; 85100196; 85100200; 85100218; 85100226; 85100137; 85100145; 85100153; 85100161.	0	0	DENTE
85100080	Restauração atraumática de dente permanente Está incluído nos seguintes procedimentos: 85100099; 85100102; 85100110; 85100129; 85100196; 85100200; 85100218; 85100226; 85100137; 85100145; 85100153; 85100161.	0	0	DENTE
85100072	Placa Acetato para Clareamento Caseiro	207	0	AS/AI

Restaurações em faces proximais de incisivos e caninos serão consideradas de 2 (duas) faces, quando necessitem de acesso pela vestibular ou lingual / palatina e serão consideradas de 3 (três) faces quando necessitar acesso pela vestibular e lingual.

Limite de 288 (duzentos e oitenta e oito) Unidades de Serviço Odontológico (USO) para restaurações de dentes posteriores e anteriores, no mesmo elemento durante o Tempo Mínimo de Recorrência (TMR)

Restaurações em cavidades distintas serão pagas separadamente por face, respeitados o limite de 288 USO

Capeamento direto/ Capeamento indireto /Núcleo de preenchimento (85400211) / Ajuste oclusal por desgaste seletivo (85400025) e ajuste oclusal por acréscimo (85400017) estão incluídos nos procedimentos de restauração de amálgama, resina, cimento de ionômero de vidro e facetas de resina.

As restaurações só podem ser realizadas se houver reincidência de cárie. Trocas de restauração sem indicação clínica/radiográfica não podem ser realizadas. Não é permitido troca de restauração com finalidade exclusivamente estética.

ENDODONTIA

85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	134	0	DENTE
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular (**)	163	36	DENTE
85400505	Remoção de trabalho protético	134	0	DENTE
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	726	36	DENTE
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	1049	36	DENTE
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	523	36	DENTE
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	440	36	DENTE
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	309	0	DENTE
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	169	0	DENTE
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	560	36	DENTE
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	800	36	DENTE

Tratamento e Retratamento Endodôntico não possuem radiografias incluídas no procedimento. Para fins de cobrança, poderão ser solicitadas até 3 (três) radiografias periapicais.

Remoção de obturação radicular está inclusa em todos os procedimentos Retratamento Endodôntico.

Será aceito como radiografia inicial da endodontia a condutometria ou prova do cone.

A remoção de obturação radicular está inclusa nos procedimentos de tratamentos. Radiografias incluídas nos procedimentos a seguir com (**)

Radiografias incluídas nos procedimentos a seguir com (**)

PERIODONTIA

82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	590	0	DENTE
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	567	0	DENTE
82000212	Aumento de coroa clínica	340	12	DENTE
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	350	12	S
82000336	Cirurgia odontológica a retalho	350	12	S
82000557	Cunha proximal	300	0	HEMI ARCO
85300012	Dessensibilização dentária	12	6	DENTE
82000662	Enxerto gengival livre	570	0	S
82000689	Enxerto pediculado	570	0	S
82000921	Gengivectomia	335	12	S
82000948	Gengivoplastia	335	12	S
82001073	Odonto-seção	450	0	DENTE
85400246	Ortese Miorrelaxante (Placa Oclusal Estabilizadora)	1200	0	AS/AI
85300047	Raspagem supra-gengival (por S)	25	6	S
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular (por S)	100	6	S

TABELA DE INTERCÂMBIO UFAST

CÓDIGO-TUSS	ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS	USO	TRM*	DOM
82001685	Tunelização	340	0	RMID e RMIE
A RAP SUPRA será classificada por S, sendo 25US\$ por S.				
RAP SUB contempla a RAP SUPRA no mesmo S.				
Aumento de Coroa Clínica necessita de comprovação radiográfica inicial e final.				
Raspagem Subgingival (85300039) necessita de comprovação radiográfica inicial e será realizada somente em sítios com bolsa periodontal acima de 4 mm de profundidade.				
Dessensibilização Dentária (85300012), quando realizado em mais de 9 (nove) elementos, estão incluídos os procedimentos de Profilaxia: Polimento Coronário (84000198) e Aplicação Tópica de Flúor (84000090) e Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado (84000112).				
Dessensibilização Dentária (85300012) ficarão limitados a 120 (cento e vinte) Unidades de Serviços Odontológicos por tratamento				
Enxerto pediculado (82000689) e Enxerto gengival livre (82000662), pagos por segmento e limitados a duas realizações, somente serão executados nos segmentos dois e cinco, salvo justificativa apresentada pelo cirurgião-dentista assistente.				
O procedimento de Cirurgia odontológica a retalho (82000336) não pode ser concomitante com Cirurgia periodontal a retalho (82000417) não podem ser executados conjuntamente com os seguintes procedimentos: I- Exodontia de dente permanente por indicação ortodôntica/protética (82000832); II-Exodontia simples de permanente (82000875);III- Exodontia a retalho (82000816); IV- Exodontia de raiz residual (82000859); V- Remoção de dentes inclusos/impactados (82001286); VI- Remoção de dentes semi-inclusos/impactados (82001294)				
Tunelização (82001685) somente será realizado em elementos molares inferiores.				
PRÓTESE				
85400076	Coroa provisória com pino	350	36	DENTE
85400084	Coroa provisória sem pino	350	36	DENTE
85400114	Coroa total em cerômero (**)	1260	36	DENTE
85400149	Coroa total metálica (**)	935	36	DENTE
85400211	Núcleo de preenchimento	220	36	DENTE
85400220	Núcleo metálico fundido(**)	369	36	DENTE
85400556	Restauração metálica fundida(**)	935	36	DENTE
85200026	Preparo para núcleo Intrarradicular Está incluso nos códigos: 85400220, 85400211 e 85400262. Não combinar com os procedimentos: capeamento direto, capeamento indireto, núcleo de preenchimento, ajuste oclusal por desgaste seletivo e ajuste oclusal por acréscimo.	0	0	DENTE
85400262	Pino pré fabricado Não combinar com o código 85200026. Não combinar com o código 85400556. Não combinar com os procedimentos: capeamento direto, capeamento indireto, núcleo de preenchimento, ajuste oclusal por desgaste seletivo e ajuste oclusal por acréscimo.	220	36	DENTE
85400475	Reembasamento de Coroa Provisória	120	12	DENTE
Núcleo Metálico Fundido (85400220) , Pino pré-fabricado (85400262) , Núcleo de Preenchimento (85400220) não podem ser cobrados em conjunto com a Restauração Metálica Fundida (85400556) para o mesmo elemento e necessitam comprovação radiográfica inicial e final.				
Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo e Ajuste Oclusal por Acréscimo estão inclusos em todos os procedimentos listados na tabela. Quando realizados somente para fins de oclusão será necessário o envio do modelo de gesso para avaliação.				
Coroa provisória com pino (85400076) e Coroa provisória sem pino (85400084) somente será executada uma ou outra por elemento e por beneficiário. Estes procedimentos só podem ser realizados em dentes permanentes.				
Preparo para núcleo intrarradicular (85200026) está incluído nos procedimentos Núcleo metálico fundido (85400220), Núcleo de preenchimento (85400211) e Pino pré fabricado (85400262).				
Capeamento direto, capeamento indireto, núcleo de preenchimento (85400211) , ajuste oclusal por desgaste seletivo (85400025) e ajuste oclusal por acréscimo (85400017) estão incluídos em todos os procedimentos de prótese.				
Coroa de Acetato em Dente Decíduo, Coroa de Aço em Dente Decíduo, Coroa de Policarbonato em Dente Decíduo, Coroa de Acetato em Dente Permanente, Coroa de Aço em Dente Permanente e Coroa de Policarbonato em Dente Permanente necessitam de comprovação radiográfica inicial.				
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).				
O procedimento restauração metálica fundida está incluso o núcleo metálico fundido para o mesmo elemento.				
CIRURGIA				
82000034	Alveoloplastia	262	6	S
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada(**)	593	24	DENTE
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada(**)	524	24	DENTE
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada(**)	701	24	DENTE
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada(**)	627	24	DENTE
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada(**)	502	24	DENTE
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada(**)	439	24	DENTE
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	330	6	AS/AI
82000239	Biópsia de boca	289	0	AS/AI
82000247	Biópsia de glândula salivar	289	0	AS/AI
82000255	Biópsia de lábio	289	0	AS/AI
82000263	Biópsia de língua	289	0	LG

TABELA DE INTERCÂMBIO UFAST

CÓDIGO-TUSS	ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS	USO	TRM*	DOM
82000271	Biópsia de mandíbula	289	0	AI
82000280	Biópsia de maxila	289	0	AS
82000298	Bridectomia	260	24	AS/AI
82000301	Bridotomia	260	24	AS/AI
82000352	Cirurgia para exostose maxilar	423	36	AS
82000360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	489	36	AI
82000387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	327	36	HAID/HAIE
82000395	Cirurgia para torus palatino	423	36	AS
82000743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial(**)	289	0	S
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	380	0	AS/AI
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	250	0	DENTE
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	250	0	LS/LI
82000808	Exérese ou excisão de ranula	380	0	LS/LI
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	125	0	DENTE
82000816	Exodontia a retalho	125	0	DENTE
82000859	Exodontia de raiz residual	125	0	DENTE
82000875	Exodontia simples de permanente	125	0	DENTE
82000883	Frenulectomia labial	260	24	AS/AI
82000891	Frenulectomia lingual	260	24	LG
82000905	Frenulotomia labial	260	24	AS/AI
82000913	Frenulotomia lingual	260	24	LG
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	289	0	AS/AI
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	330	6	AS/AI
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	510	0	S
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	266	0	S
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	600	0	DENTE
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	300	0	DENTE
82001367	Remoção de Odontoma	600	0	S
82001391	Retirada de corpo estranho orontral ou oronasal da região buco-maxilo-facial	600	0	ARCADA SUPERIOR
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - Sem reconstrução	600	0	S
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	600	0	AS
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	600	0	AS
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial(**)	250	0	S
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial(**)	600	0	S
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial (**)	600	0	S
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região	289	0	S
82001707	Ulectomia	127	6	DENTE
82001715	Ulotomia	156	6	DENTE
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	289	0	AS/AI

Remoção de Dentes Inclusos/Impactados e Remoção de Dentes Semi-Inclusos não possuem radiografias incluídas. Permitido, para fins de cobrança, até 2 (duas) radiografias além da exodontia.

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

A alveoloplastia e Cirurgia odontológica a retalho estão incluídos nos procedimentos de exodontia a retalho, exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética, exodontia de raiz Odonto-seção para exodontia está incluído nos procedimentos de remoção de dente incluído/impactados ou semi incluído/impactados.

ORTODONTIA

TABELA DE INTERCÂMBIO UFAST

CÓDIGO-TUSS	ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS	USO	TRM*	DOM
Código	Nomeclatura do ato	USO		
86000357	Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Fixo	289	0	ASAI
86000373	Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Removível	289	0	ASAI
6160	Aparelho + Manutenção Ortodôntica (cerâmica) - (confecção. Instalação e manutenção)	557	0	
	Documentação Ortodôntica (Tipo 1)		0	
6170	Teleradiografia com 1 Traçado, RX Panorâmica, Modelos de Estudos, 5 Fotos, Pasta Ortodôntica, Caixa de Modelos	550	0	ARCADA SUPERIOR/ARCADA INFERIOR
	Documentação Ortodôntica (Tipo 2)		0	
6180	Teleradiografia com 1 Traçado, RX Panorâmico, Modelos de Estudos, 8 Fotos, Pasta ortodôntica, Caixa de Modelos, 4 Rx Periapicais, 4 Trancados,	700		ARCADA SUPERIOR/ARCADA INFERIOR
6190	Reposição de Aparelho Móvel por Perda	300	0	ARCADA SUPERIOR/ARCADA INFERIOR
6200	Reposição de Brackets	30	0	ARCADA SUPERIOR/ARCADA INFERIOR
Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Fixo (86000357), Manutenção de Aparelho Ortodôntico - Aparelho Removível (86000373) e Aparelho + Manutenção Ortodôntica Será lançada apenas uma manutenção ortodôntica por guia				
Para os tratamentos de manutenção ortodôntico - Aparelho fixo (86000357) e Manutenção de Aparelho Removível (86000373) iniciados antes de 1o de Julho de 2016 serão				
PROCEDIMENTOS COM NECESSIDADE DE ENVIO DE RADIOGRAFIA INICIAL E FINAL ANEXADAS NA GTO DO PACIENTE:				
Todos os Procedimentos de Endodontia que constam na Tabela para dentes permanentes e decíduos;				
Todos os Procedimentos de Prótese que constam na tabela para dentes permanentes e decíduos;				
Apicetomias e Amputações Radiculares;				
PROCEDIMENTOS COM NECESSIDADE DE ENVIO DE RADIOGRAFIA INICIAL ANEXADA NA GTO DO BENEFICIÁRIO:				
Remoção de Dentes Inclusos e Semi-Inclusos;				
Raspagem Subgingival (Radiografia Panorâmica ou Radiografias Periapicais de cada sextante em que a RAP for executada nas cidades em que não há clínica				
*TRM: Tempo de Recorrência Mensal de cada procedimento				