

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 de tratamento.
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, a menos que justificado por laudo.
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, 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 estejam formalmente permitidos a realizar este atendimento.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 de tratamento.
81000073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	SIM	SIM	***	ASA	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 para uso exclusivo de dentistas credenciados para 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.
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.

• Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.

• Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.
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 é 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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.	***
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 2 por região, por ano. Em casos de necessidade de quantidade superior, o dentista deve justificar em laudo a necessidade técnica de novo rx em menos de 6 meses.
81000383	Radiografia oclusal	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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	Para necessidade de realização anterior à 3 meses, deverá enviar pedido do dentista com justificativa técnica para submeter o paciente novamente aos raios x em curto período.
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. Para necessidade de realização anterior à 3 meses, deverá enviar pedido do dentista com justificativa técnica para submeter o paciente novamente aos raios 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, deverá enviar pedido do dentista com justificativa técnica para submeter o paciente novamente ao RX em curto período.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	É 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.
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.	É 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.
81000510	Tomografia computadorizada por feixe cônico – cone beam	SIM	NÃO	***	AS-AI; ASAI; S1-S2-S3- S4-S5-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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	***
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.	***
81000014	Condicionamento em Odontologia	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.	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/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.
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.	Prótese odontológica pediátrica indicada para dentes decíduos com ampla destruição coronária ou mantenedor de espaço. Dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto.
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 conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 pode ser aplicada sobre a carie 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 só é indicada 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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 só é indicada 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 incluído no código de Raspagem supragengival.
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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.
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 3 sessões.
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. Pode ser realizada à parte da aplicação tópica de flúor.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 cariosas iniciais, manchas brancas, porém sem cavitação.
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. Solicitado em condição de urgência/emergência.
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 evidência 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.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.
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), 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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.
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.
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/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.
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.
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 dentinária.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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 ou mobilidade por problema periodontal de dentes permanentes. solicitado em condição de urgência/emergência.
85300039	Raspagem sub-gengival/ alisamento radicular	SIM	SIM	***	S1-S2-S3-S4-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 indicação para o procedimento é perda óssea igual ou maior que 4 mm e/ou cálculo subgengival que justifique a solicitação. Para cálculos e ausência de perda óssea, solicitar como raspagem supra gengival (já inclui profilaxia e flúor).
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 incluídas nas raspagens supragengivais. Idade mínima para autorização 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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.
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 afeção dos tecidos moles que circundam a coroa de um dente.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.
84000171	Controle de cárie incipiente	SIM	SIM	DUT Nº 80	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.	Já incluso no procedimento de remineralização dentária.
85100013	Capeamento pulpar direto	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 utilizar manobras de recuperar um dente que tenha sido afetado por carie ou fratura profunda, no caso exposição pulpar através da utilização de produtos específicos para proteger a polpa dentaria e na tentativa de se evitar o tratamento endodôntico. NÃO indicado para casos de forramento.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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. Solicitar em condição de urgência/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.
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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.	***
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.	***
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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.	***
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.	***
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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.	***
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.	***
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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.	***
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.	***
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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 colhido em biópsia.
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.
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. Quando realizada no ato cirúrgico da exodontia, já está inclusa no procedimento.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 incluídas 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 incluídas 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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 estão incluídas no procedimento principal.
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 estão incluídas no procedimento principal.
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 estão incluídas no procedimento principal.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 estão incluídas no procedimento principal.
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 estão incluídas no procedimento principal.
82000190	Aprofundamento/ aumento de vestibulo	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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.
30202027	Biópsia de boca	SIM	SIM	DUT Nº 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.
30204011	Biópsia de glândula salivar	SIM	SIM	DUT Nº 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.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.
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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.
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.
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 e bochecha e a borda da gengiva.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 e 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 através de abertura cirúrgica da gengiva a exploração de trincas e fraturas através de realização de retalho para possa realizar 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.	Para regularização de espículas ósseas, este código ***.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 de mandíbula.
82000387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	SIM	SIM	***	HAIÐ- 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 de mandíbula.
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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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-S2-S3-S4-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 pode ser liberado 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 envio de 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 envio de laudo.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.
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 cirúrgico periodontal objetivando a remoção da papila interproximal em casos de hiperplasia gengival. Inclui o curativo pós cirúrgico.
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. Enxerto com osso próprio do paciente retirado de outra região e com a indicação de prognóstico favorável a indicação.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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. Enxerto com osso próprio do paciente retirado de outra região e com a indicação de prognóstico favorável a indicação.
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, através do retalho gengival retirado de outra região. 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, através da rotação de retalho gengival. Encaminhar laudo descrevendo conduta clínica adotada: indicação, técnica utilizada e área doadora.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.
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.
82000786	Exérese ou excisão 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.	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) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82000794	Exérese ou excisão de mucoclele	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.	Já inclui sutura e remoção da sutura no pós operatório.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.	Já inclui sutura e remoção da sutura 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.	Já inclui sutura e remoção da sutura 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.	Já inclui sutura e remoção da sutura no pós operatório. Odonto-secção se for necessária, está inclusa no procedimento.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.	***
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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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-S2-S3-S4-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-S2-S3-S4-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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 nos 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 justificativa mediante envio de 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 justificativa mediante envio de laudo.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 e 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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 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.	Quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001235	Reeducação e/ ou reabilitação de sequela 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 Sequela Em Traumatismo Buco-Maxilo-Facial.
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.	Procedimento realizado em urgência. O reimplante dentário com contenção, inclui a imobilização dentária e as radiografias necessárias, e não é liberado para pacientes em tratamento, salvo justificativa mediante envio de 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-secção, 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.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 cirúrgica de tumor odontogênico benigno.
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).
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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.	***
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.	***
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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.
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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	***
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas 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.	***
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.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias 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. 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 cartilagosos.
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 cartilagosos.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.
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 reconstrução, do crescimento anormal de células benignas originadas dos tecidos e formadores do dente.
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 deve ser lançado por sessão e inclui a curetagem, limpeza e medicação do alvéolo. Máximo 3 sessões.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.
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.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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 e a odonto-seção, se necessária, está inclusa no procedimento.
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, está inclusa no procedimento. Já inclui 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, está inclusa no procedimento. Já inclui a sutura.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	***
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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
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 3. Código já compreende selamento provisório entre sessões de endodontia.
85200026	Preparo para núcleo intraradicular	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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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. Liberado em GTO de condição Urgência/Emergência.
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 jovens 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 fraturados. Cones de guta percha estão incluídos no código de retratamento endodôntico, não podendo ser solicitado este código.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	Consiste na remoção do material obturador para posterior retratamento. Código exclusivo para remoção de cones de prata. Para remoção de guta percha, solicitar código de retratamento endodôntico.
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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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 reabilitação definitiva que não poderá ser solicitada antes de 30 para mesmo dente.
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.	Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
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.	Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
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. Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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. Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
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.	Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
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.	Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico. Código utilizado para dentes que compreendem no mínimo 3 condutos.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
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.	Solicitado em senhas com caráter Urgência/Emergência. Não indicado para senha de tratamento eletivo.
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 apice da raiz do dente, onde não será realizada a apicectomia. Evento restrito a especialista em endodontia ou buco maxilo facial.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	***
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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	***
83000062	Coroa de policarbonato 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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400017	Ajuste Oclusal por acréscimo	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.	Modificações nas superfícies dos dentes, através de acréscimo de materiais restauradores.
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	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.	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.
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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	***
85400076	Coroa provisória com 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.	Indicado para reabilitação de dentes com tratamento endodôntico finalizado, pois já contempla pino provisório para retenção da coroa.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.
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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	***
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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	***
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.	***
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.	***

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	Liberada apenas de canino a canino.
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, só são autorizados sob restaurações diretas ou indiretas (onlays/inlays) em cerâmica ou cerômero e em dentes tratados endodonticamente onde não seja necessária a colocação de núcleo.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400220	Núcleo metálico fundido	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 com pino pré fabricado.
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.	Somente é aceita em acrílico. Código contempla ajustes necessários para o tratamento.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 mesmo dente com núcleo metálico fundido.
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 deve 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. Não utilizar este código para reabilitações individuais.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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. Não utilizar este código 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. Não utilizar este código para reabilitações individuais.
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. 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 e condição clínica favorável para o evento definitivo.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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. 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 historico ou Laudo, ou reabilitação pós exodontia de dente em região anterior. Não poderá ser autorizado para reabilitação provisória pós cirurgia de implante, visto que 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. 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 contenham apenas 3º molar que não permite apoio com grampo e não está planejado para a exodontia. Prótese total superior ou inferior.
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 historico ou laudo.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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 contenham apenas 3º molar que não permite apoio com grampo e não está planejado para a exodontia. Prótese total superior com a confecção do palato incolor.
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.
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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.	Procedimento realizado em urgência.
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 de pilares ou dentes com trabalho unitário. Código já contempla pânticos, não podendo ser solicitado para estes dentes.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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
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.
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.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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.
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 autorizado como pilar de PPF.
85400572	Coroa ¾ 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.	***

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
85400599	Planejamento em prótese	SIM	SIM	DUT Nº 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.
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 contenham apenas 3º molar que não permite apoio com grampo e não está planejado para a exodontia. Prótese total caracterizada.
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. 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.

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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 + 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 pântico é cobrado pelo código (85400335), prótese parcial fixa em metalocerâmica - por elemento. A postal saúde não prevê a cobertura para overdentures nem para protocolos.
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 apcients não cooperativos. Indicado para pacientes especiais.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
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 apcientes não cooperativos. Indicado para pacientes especiais.
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 apcientes não cooperativos. Indicado para pacientes especiais.

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano Correios Saúde	Cobertura Plano Viver Saúde	DUT ANS	Dente/ Região	Exige Autorização Prévia	Documentação Exigida	Critérios para Autorização
89850017	Planejamento em prótese (mod.est / par /montagem em artic.semiajustável)	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.	O planejamento em Prótese só será liberado para montagem em articulador, em planos de tratamento onde estejam envolvidos prótese fixas de 3 ou mais elementos, combinadas ou não a próteses parciais removíveis e próteses totais. Não pode ser liberado para próteses unitárias.
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.	***
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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.	***
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.	***
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.	***

Código Tab 22	Descrição Tab 22 & Descrição DUC	Cobertura Plano 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.	***
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.	***
89820029	Fisioterapia facial	SIM	NÃO	***	AS/AI	SIM	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para auditoria. O procedimento de fisioterapia facial inclui aplicação de TENS, alongamentos, laser, RPG, demais técnicas e tratamentos de acordo com o domínio e legalidade do profissional. As sessões serão liberadas conforme normatização da ANS. Este procedimento só pode ser realizado por especialistas em fisioterapia facial devidamente credenciados para tal. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.	***

- Em conformidade com a Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 465.
- Atualizada em Setembro /2021.

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.

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.

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-numerários