



TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CASACARESC

Edição julho/2018 - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS)
Vigente de 01 de julho de 2018 até 30 de junho de 2019

Coluna Nomenclatura / Procedimento - Indica o nome do procedimento definido pela Tabela TUSS

Coluna Código TUSS - Indica o código novo do procedimento na tabela TUSS / UNIODONTO

Coluna Raio X - Indica o procedimento que deve ser comprovado por radiografia ou fotografia

Coluna Planos 8 / N - Indica os procedimentos cobertos para Usuários com Cartão UNIODONTO Plano 8.

NOMENCLATURA / PROCEDIMENTO	DUT ANS	CÓDIGO TUSS	RAIO X	Planos 8 - N	USO
DIAGNÓSTICO					
Consulta odontológica		81000030		coberto	65
Consulta Odontológica Inicial		81000065		coberto	65
Consulta Odontológica para Avaliação Técnica de Auditoria		81000073		coberto	75
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA					
Colagem de Fragmentos Dentários		85100048		coberto	130
Consulta Odontológica de Urgência		81000049		coberto	130
Consulta Odontológica de Urgência 24 horas		81000057		coberto	260
Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em região Buco-maxilo-facial		82000468		coberto	130
Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em região Buco-maxilo-facial		82000484		coberto	130
Imobilização Dentária em Dentes Decíduos		85000787		coberto	130
Imobilização Dentária em Dentes Permanentes		85300020		coberto	130
Incisão e Drenagem Extra Oral de Abscesso, Hematoma e/ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial		82001022		coberto	220
Incisão e Drenagem Intra Oral de Abscesso, Hematoma e/ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial		82001030		coberto	130
Recimentação de Trabalhos Protéticos		85400467	*	coberto	130
Redução Simples de Luxação de Articulação Têmporo-Mandibular (ATM)	DUT 96	82001197		coberto	290
Reimplante Dentário com Contenção		82001251	*	coberto	455
Remoção de Dreno Extra-Oral		82001309		coberto	220
Remoção de Dreno Intra-Oral		82001316		coberto	130
Sutura de Ferida em região Buco-Maxilo-Facial	DUT 97	82001499		coberto	130
Tratamento de Abscesso Periodontal agudo		85300063		coberto	130
Tratamento de Alveolite		82001650		coberto	130
Tratamento de Odontalgia Aguda		85100056		coberto	130
Tratamento de Pericoronarite		85300080		coberto	260
CONDICIONAMENTO					
Condicionamento em Odontologia (máximo 03 sessões por ano)	DUT 86	81000014		coberto	130
Condicionamento em Odontologia para pacientes com necessidades especiais		87000032		coberto	130
Estabilização de Paciente por Meio de Contenção Física e ou Mecânica		82000700		coberto	130
Estabilização de Paciente por Meio de Contenção física e ou Mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia		87000148			130
EXAMES					
Diagnóstico Anatomopatológico em Citologia Esfoliativa na região Buco-maxilo-facial		81000111		coberto	450
Diagnóstico Anatomopatológico em Material de Biópsia na Região Buco-maxilo-facial		81000138		coberto	450
Diagnóstico Anatomopatológico em Peça Cirúrgica na Região Buco-maxilo-facial		81000154		coberto	450
Diagnóstico Anatomopatológico em Punção na Região Buco-maxilo-facial		81000170		coberto	450
Teste de Fluxo Salivar		84000244		coberto	290
Teste de PH da Saliva		84000252		coberto	105
RADIOLOGIA					
Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico) - valor por radiografia - máximo de 14 RX		81000294	*	coberto	45
Radiografia Interproximal - Bite-Wing		81000375	*	coberto	45
Radiografia Oclusal		81000383	*	coberto	90
Radiografia Panorâmica de Mandíbula / Maxila (ortopantomografia)		81000405	*	coberto	200
Radiografia Periapical		81000421	*	coberto	45

PREVENÇÃO					
Aplicação de Cariostático - por arcada	DUT 79	84000031		coberto	65
Aplicação de Selante de Fóssulas e Fissuras - por elemento	DUT 80	84000074		coberto	60
Aplicação Tópica de Flúor - por arcada		84000090		coberto	75
Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado		84000112		coberto	25
Atividade Educativa em Saúde Bucal - incluído a consulta		84000139		coberto	65
Atividade Educativa em Odontologia para Pais e/ou Cuidadores de Pacientes com Necessidades Especiais - incluído a consulta		87000016		coberto	65
Atividade Educativa para Pais e/ou Cuidadores - incluído a consulta		87000024		coberto	65
Controle de Biofilme (Placa Bacteriana)		84000163		coberto	45
Dessensibilização Dentária - incluído no procedimento aplicação de verniz fluoretado		85300012		coberto	25
Profilaxia + Polimento Coronário - arcada superior + inferior		84000198		coberto	75
Remineralização Dentária		84000201		coberto	100

DENTÍSTICA					
Adequação do Meio Bucal	DUT 78	85100242		coberto	65
Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável		85100064		coberto	210
Núcleo de Preenchimento		85400211		coberto	130
Restauração Atraumática em Dente Decíduo	DUT 100	83000135		coberto	65
Restauração Atraumática em Dente Permanente	DUT 100	85100080		coberto	65
Restauração de Amálgama - 1 face		85100099		coberto	130
Restauração de Amálgama - 2 faces		85100102		coberto	150
Restauração de Amálgama - 3 faces		85100110		coberto	210
Restauração de Amálgama - 4 faces		85100129		coberto	210
Restauração em Ionômero de Vidro - 1 face		85100137		coberto	110
Restauração em Ionômero de Vidro - 2 faces		85100145		coberto	110
Restauração em Ionômero de Vidro - 3 faces		85100153		coberto	110
Restauração em Ionômero de Vidro - 4 faces		85100161		coberto	110
Restauração em Resina Fotopolimerizável 1 face		85100196		coberto	130
Restauração em Resina Fotopolimerizável 2 faces		85100200		coberto	150
Restauração em Resina Fotopolimerizável 3 faces		85100218		coberto	210
Restauração em Resina Fotopolimerizável 4 faces / ângulo		85100226		coberto	260
Restauração Temporária/Tratamento Expectante		85200085		coberto	65

ENDODONTIA					
Capeamento Pulpar Direto		85100013	*	coberto	35
Curativo de Demora em Endodontia		85100056		coberto	65
Preparo para Núcleo Intrarradicular		85200026		coberto	65
Pulpotomia		85200042		coberto	170
Pulpotomia em dente decíduo		83000127	*	coberto	170
Pulpectomia		85200034		coberto	170
Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal		85200050	*	coberto	105
Remoção de Material Obturador Intracanal para Retratamento Endodôntico		85200069		coberto	65
Remoção de Núcleo Intra-Radicular		85200077	*	coberto	105
Remoção de Trabalho Protético		85400505	*	coberto	105
Retratamento Endodôntico Unirradicular		85200115	*	coberto	700
Retratamento Endodôntico Birradicular		85200093	*	coberto	1.000
Retratamento Endodôntico Multirradicular		85200107	*	coberto	1.300
Tratamento de Perfuração Endodôntica		85200123	*	coberto	325
Tratamento Endodôntico de Dente com Rizogênese Incompleta		85200131	*	coberto	300
Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo		83000151	*	coberto	300
Tratamento Endodôntico Unirradicular		85200166	*	coberto	500
Tratamento Endodôntico Birradicular		85200140	*	coberto	900
Tratamento Endodôntico Multirradicular		85200158	*	coberto	1.120

PERIODONTIA					
Ajuste Oclusal por desgaste seletivo		85400025		coberto	25
Ajuste Oclusal por Acréscimo		85400017		coberto	25
Aumento de Coroa Clínica		82000212	*	coberto	750
Cirurgia Periodontal a Retalho - por segmento		82000417	*	coberto	750
Cunha Proximal		82000557	*	coberto	500
Enxerto Gengival Livre - por segmento		82000662	*	coberto	1.000
Enxerto Pediculado - por segmento		82000689	*	coberto	1.000
Gengivectomia - por segmento		82000921	*	coberto	750
Gengivoplastia - por segmento		82000948	*	coberto	750

Raspagem Sub-gengival e Alisamento Radicular (incluído Curetagem de Bolsa Periodontal) - por sextante		85300039		coberto	125
Raspagem Supra-gengival (incluído Polimento Coronário) - por sextante		85300047		coberto	30
Remoção dos Fatores de Retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)		85300055		coberto	65
Tunelização	DUT 101	82001685	*	coberto	405

PROTESE

Coroa de Acetato em Dente Decíduo	DUT 89	83000020	*	coberto	910
Coroa de Acetato em Dente Permanente	DUT 89	87000040	*	coberto	910
Coroa de Aço em Dente Decíduo	DUT 89	83000046	*	coberto	290
Coroa de Aço em Dente Permanente	DUT 89	87000059	*	coberto	290
Coroa de Policarbonato em Dente Decíduo	DUT 89	83000062	*	coberto	910
Coroa de Policarbonato em Dente Permanente	DUT 89	87000067	*	coberto	910
Coroa Provisória com Pino	DUT 90	85400076		coberto	1.000
Coroa Provisória sem Pino	DUT 90	85400084		coberto	1.000
Coroa Total em Cerômero – inclui a peça protética	DUT 92	85400114		coberto	1.200
Coroa Total Metálica - inclui a peça protética	DUT 93	85400149		coberto	1.200
Núcleo Metálico Fundido - inclui a peça protética	DUT 94	85400220		coberto	1.000
Pino Pré Fabricado		85400262		coberto	65
Provisório para Restauração Metálica Fundida (RMF)	DUT 90	85400459		coberto	65
Reembasamento de Coroa Provisória		85400475	*	coberto	65
Restauração Metálica Fundida - inclui a peça protética	DUT 95	85400556	*	coberto	1.090

CIRURGIA

Alveoplastia - por segmento		82000034	*	coberto	380
Amputação Radicular com Obturação Retrógrada		82000050	*	coberto	130
Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada		82000069	*	coberto	130
Apicetomia Unirradiculares com Obturação Retrógrada		82000174	*	coberto	600
Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada		82000182	*	coberto	500
Apicetomia Birradiculares com Obturação Retrógrada		82000077	*	coberto	1.100
Apicetomia Birradiculares sem Obturação Retrógrada		82000085	*	coberto	1.100
Apicetomia Multirradiculares com Obturação Retrógrada		82000158	*	coberto	1.500
Apicetomia Multirradiculares sem Obturação Retrógrada		82000166	*	coberto	1.400
Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo (Sulcoplastia) – por arcada		82000190	*	coberto	500
Biópsia de Boca	DUT 81	82000239		coberto	385
Biópsia de Glândula Salivar	DUT 82	82000247		coberto	385
Biópsia de Lábio	DUT 83	82000255		coberto	385
Biópsia de Língua	DUT 84	82000263		coberto	385
Biópsia de Mandíbula	DUT 85	82000271		coberto	385
Biópsia de Maxila	DUT 85	82000280		coberto	385
Bridectomia - por arcada		82000298	*	coberto	330
Bridotomia - por arcada		82000301	*	coberto	330
Cirurgia Odontológica a Retalho		82000336	*	coberto	500
Cirurgia para Tórus Mandibular – Bilateral		82000360	*	coberto	750
Cirurgia para Tórus Mandibular - Unilateral		82000387	*	coberto	750
Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-maxilo-facial		82000441		coberto	65
Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar		82000778	*	coberto	380
Exérese ou Excisão de Cistos Odontológicos	DUT 91	82000786	*	coberto	1.090
Exérese ou Excisão de Mucocele		82000794	*	coberto	900
Exérese ou Excisão de Rânula		82000808	*	coberto	900
Exodontia a Retalho		82000816	*	coberto	500
Exodontia de Permanente por Indicação Ortodôntica/Protética		82000832		coberto	500
Exodontia de Raiz Residual		82000859		coberto	300
Exodontia Simples de Decíduo		83000089		coberto	300
Exodontia Simples de Permanente		82000875		coberto	500
Frenulectomia Lingual		82000891	*	coberto	300
Frenulectomia Labial		82000883	*	coberto	300
Frenulotomia Labial		82000905	*	coberto	300
Frenulotomia Lingual		82000913	*	coberto	300
Odonto-Secção		82001073	*	coberto	160
Punção Aspirativa na Região Buco-maxilo-facial		82001103		coberto	65
Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária		82001170	*	coberto	600
Redução Incruenta de Fratura Alvéolo-Dentária		82001189	*	coberto	335

Remoção de Dentes Inclusos / Impactados		82001286	*	coberto	900
Remoção de Dentes Semi-inclusos / impactados		82001294	*	coberto	600
Remoção de Odontoma - Tumores Intra Ósseos		82001367	*	coberto	1.090
Retirada de Corpo Estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial		82001391	*		1.090
Tratamento Cirúrgico das Fístulas Buco-nasal	DUT 98	82001510	*	coberto	1.090
Tratamento Cirúrgico das Fístulas Buco-sinusal	DUT 98	82001529	*	coberto	1.090
Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-maxilo-facial	DUT 99	82001553		coberto	2.000
Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos / Cartilaginosos na Região Buco-maxilo-facial		82001588	*	coberto	2.000
Tratamento Cirúrgico dos Tumores Benignos de Tecidos Moles na Região Buco-maxilo-facial	DUT 99	82001618		coberto	2.000
Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos / Cartilaginosos na Região Buco-maxilo-facial	DUT 88	82001596	*	coberto	2.000
Tratamento Cirúrgico para Tumores Odontogênicos Benignos - sem reconstrução	DUT 87	82001634	*	coberto	1.090
Ulectomia		82001707		coberto	300
Ulotomia		82001715		coberto	240

ATUALIZADA 20/06/2018

Entra em vigor em 01/07/2018

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO ANS 2018 – ODONTOLOGIA (ANEXO II)

78. ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL

1. Cobertura obrigatória como tratamento preliminar ao tratamento restaurador, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

79. APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO

1. Cobertura obrigatória como tratamento provisório em dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

80. APLICAÇÃO DE SELANTE

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes;
- procedimento preventivo em fôssulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.

81. BIÓPSIA DE BOCA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

82. BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

83. BIÓPSIA DE LÁBIO

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

84. BIÓPSIA DE LÍNGUA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

85. BIÓPSIA DE MANDÍBULA/MAXILA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

86. CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA

1. Cobertura mínima obrigatória de 03 (três) sessões/ano para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

87. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

88. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

89. REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO/AÇO OU POLICARBONATO

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;
- b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.

90. COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF)

1. Cobertura obrigatória como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

91. EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

92. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

93. REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

94. REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

95. REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA

1. Cobertura obrigatória em dentes permanentes posteriores quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto;
- b. dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.

96. REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM

1. Cobertura obrigatória na segmentação odontológica quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

97. SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

1. Para a segmentação odontológica a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

98. TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO-NASAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO-SINUSAL

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

99. TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL

1. Para a segmentação odontológica, a cobertura será obrigatória quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente.

100. TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO

1. Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião-dentista assistente:

- a. tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos;
- b. tratamento temporário em dentes permanentes.

101. TUNELIZAÇÃO

1. Cobertura obrigatória em dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca Grau II avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio.

Fonte: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publicas/cp61/Anexo_II_DUT_Rol_2018_final_26.06.2017.pdf

ROL Odontológico: Pág 78 á 83