

TABELA DE PROCEDIMENTOS 06/2019 - TODAS AS COBERTURAS			
CÓDIGOS		ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DO PROCEDIMENTO	COBERTURAS
UNIO	TUSS		R
100		CONSULTA	
110	81000030	Consulta Odontológica: Exame Clínico e Plano de Tratamento	R
111	81000065	Consulta Odontológica: Exame Clínico, Plano de Tratamento, Preenchimento de Odontograma e Captação de Imagens na Primeira Utilização.	R
4010		Planejamento em prótese (modelo de estudo- par, montagem em articulador)	R
150		URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	
150	81000049	Consulta Odontológica de Urgência / Emergência	R
151	85200034	Pulpectomia (Odontalgia Aguda)	R
152	85100048	Colagem de Fragmentos Dentários	R
153	82000468	Controle de Hemorragia Com Aplicação de Agente Hemostático em Região Buco- Maxilo-Facial	R
154	82000484	Controle de Hemorragia Sem Aplicação de Agente Hemostático em Região Buco- Maxilo-Facial	R
155	85300020	Imobilização Dentária em Dentes Permanentes	R
156	85000787	Imobilização Dentária em Dentes Decíduos	R
157	82001022	Incisão e Drenagem Extra-Oral de Abscesso, Hematoma e/ou flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	R
158	82001030	Incisão e Drenagem Intra-Oral de Abscesso, Hematoma e/ou flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	R
159	85400467	Recimentação de Trabalhos Protéticos	R
160	82001197	Redução Simples de Luxação de Articulação Têmporo-Mandibular	R
161	82001251	Reimplante Dentário Com Contenção	R
162	82001499	Sutura de Ferida em Região Buco-Maxilo-Facial	R
163	85300063	Tratamento de Abscesso Periodontal Agudo	R
164	82001650	Tratamento de Alveolite	R
165	85300080	Tratamento de Pericoronarite	R
166	82001642	Tratamento Conservador de Luxação da Articulação Têmporo-Mandibular - ATM	R
167	85200069	Remoção de material obturador intra canal para retratamento endodôntico	R
168	85100056	Curativo de demora em endodontia (Somente para Especialistas)	R
169	85100013	Capeamento pulpar direto com curativo (excluindo restauração final)	R
170	82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física ou mecânica	R
171	85400475	Reembasamento de coroas e incrustações provisória	R
172	85200174	Curativo endodôntico em situação de urgência	R
200		RADIOLOGIA	
210	81000421	Radiografia Periapical (máximo 8)	R
211	81000421	Radiografia inicial e final para tratamento endodôntico (Somente especialistas)	R
215	81000294	Levantamento Periapical (Completo - 14 RX)	R
220	81000375	Radiografia Interproximal (Bite-Wing)	R
230	81000383	Radiografia Oclusal	R
250	81000340	Radiografia da ATM (três incidências - unilateral)	
260	81000405	Panorâmica de Mandíbula / Maxila (Ortopantomografia)	R
265	81000413	Panorâmica de Mandíbula / Maxila Com Traçado Cefalométrico	
266	81000324	Radiografia Antero-Posterior	
267	81000430	Radiografia Pósterio-Anterior	
268	81000510	Tomografia Computadorizada por Feixe Cônico (Cone Beam)	
269	81000529	Tomografia Convencional - Linear ou Multi-Direcional	
270	81000480	Telerradiografia com Traçado Cefalométrico	
280	81000472	Telerradiografia	
290	81000367	Radiografia da Mão e Punho (Índice Carpal)	
295	81000278	Fotografia	
300	81000308	Modelos Ortodônticos	
330	81000537	Traçado Cefalométrico Completo Aplicado	
400		TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO	
430	81000111	Facial	R
431	81000138	Diagnóstico Anatomopatológico em Material de Biópsia na Região BMF	R
432	81000154	Diagnóstico Anatomopatológico em Peça Cirúrgica na Região BMF	R
433	81000170	Diagnóstico Anatomopatológico em Punção na Região Buco-Maxilo-Facial	R
434	84000244	Teste de Fluxo Salivar	R
435	84000228	Teste de Capacidade Tampão da Saliva	
440	84000252	Teste de PH Salivar	R
500		PREVENÇÃO + ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL	

510	84000198/1	Profilaxia: Polimento Coronário das Quatro Hemiarçadas (apenas uma por tratº)	R
515	84000198/2	Profilaxia: Polimento Coronário Complementar (apenas uma por tratº)	R
520	84000139	Atividade Educativa em Saúde Bucal - Orientação (apenas uma por tratamento)	R
530	84000090	Aplicação Tópica de Flúor	R
540	84000163	Controle de Biofilme (Placa Bacteriana)	R
600		ODONTOPEDIATRIA	
610	84000112	Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado (Quatro Hemiarçadas)	
620	84000074	Aplicação de Selante de Fóssulas e Fissuras (por elemento)	R
630	84000058	Aplicação de Selante - Técnica Invasiva (por elemento)	
640	84000031	Aplicação de Cariostático (Quatro Hemiarçadas) - (apenas uma sessão)	R
645	00000660	Adequação do Meio Bucal com Ionômero de Vidro (por elemento)	
650	84000201	Remineralização Fluorterápica com quatro sessões	R
680	85100137	Restauração em Ionômero de Vidro - 1 face	R
681	85100145	Restauração em Ionômero de Vidro - 2 faces	R
682	85100153	Restauração em Ionômero de Vidro - 3 faces	R
683	85100161	Restauração em Ionômero de Vidro - 4 faces	R
700	83000020	Coroa de Acetato em Dente Decíduo	R
701	87000040	Coroa de Acetato em Dente Permanente	R
702	83000046	Coroa de Aço em Dente Decíduo	R
703	87000059	Coroa de Aço em Dente Permanente	R
704	83000062	Coroa de Policarbonato em dente Decíduo	R
705	87000067	Coroa de Policarbonato em dente Permanente	R
710	83000127	Pulpotomia	R
720	83000151	Tratamento Endodôntico em Decíduos / Pulpectomia	R
730	83000089	Exodontia Simples de Decíduo	R
740	83000097	Mantenedor de Espaço Fixo	
750	83000100	Mantenedor de Espaço Removível	
760	86000551	Plano Inclinado	
770	81000014	Condicionamento em Odontologia - por sessão (máximo de três a cada doze meses para pacientes com comportamento não cooperativo / de difícil manejo)	R
800	00000800	Documentação Odontopediátrica (Uniodonto Campinas): Panorâmica; índice carpal; periapicais anteriores; interproximais de decíduos; 9 fotos; modelos ortodônticos; pasta ortodôntica; caixa de modelos; CD	
900		DENTÍSTICA	
910	85100099	Restauração de Amálgama - 1 face	R
920	85100102	Restauração de Amálgama - 2 faces	R
930	85100110	Restauração de Amálgama - 3 faces	R
940	85100129	Restauração de Amálgama - 4 faces ou mais	R
960	85100196/1	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 1 face (Dentes Anteriores)	R
961	85100196/2	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 1 face (Dentes Posteriores)	R
970	85100200/1	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 2 faces (Dentes Anteriores)	R
971	85100200/2	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 2 faces (Dentes Posteriores)	R
980	85100218/1	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 3 ou + faces (Dentes Anteriores)	R
981	85100218/2	Restauração em Resina Fotopolimerizável - 3 ou + faces (Dentes Posteriores)	R
982	00000982	Troca de Rest. por Motivo Estético - Dente Sem Cárie - 3 faces (Post./Ant.)	
985	85100226/1	Restaur. em Resina Foto Dente Anterior / Reconst. Anatômica Fratura Ângulo	R
986	85100226/2	Restaur. em Resina Foto Dente Posterior / Reconst. Anatômica / Fratura	R
990	85100064	Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável	R
1030	85400025	Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo	R
1040	85400262	Pino de Retenção Intrarradicular metálico (pré-fabricado)	
1070	85100021	Clareamento Dentário Caseiro	
2000		ENDODONTIA	
2010	85200166	Tratamento Endodôntico em Incisivos ou Caninos	R
2020	85200140	Tratamento Endodôntico em Pré-Molares	R
2030	85200158	Tratamento Endodôntico em Molares	R
2040	85200115	Retratº Endodôntico em Incisivos ou Caninos (c/ remoção de obturação radicular)	R
2050	85200093	Retratº Endodôntico em Pré-Molares (incluso remoção de obturação radicular)	R
2060	85200107	Retratamento Endodôntico em Molares (incluso remoção de obturação radicular)	R

2070	85200123	Tratamento de Perfuração Endodôntica	R
2080	85200077	Remoção de Núcleo Intrarradicular (por elemento)	R
2090	85100056	Curativo de Demora em endodontia (Somente para Especialistas em Endodontia)	R
2110	85200018	Clareamento do Dente Desvitalizado (por elemento)	
2130	85200131	Tratº Endodôntico de Dente c/ Rizogênese Incompleta (máximo de três sessões)	R
3000		PERIODONTIA	
3015	85300047	Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário (sondagem até 5 mm)	R
3025	85300039	Curetagem de Bolsa Periodontal (bolsas acima de 5 mm)	R
3050	85300012	Dessensibilização Dentária	R
3060	00003060	Imobilização Dentária com Resina Fotopolimerizável (três dentes)	R
3090	85400246	Órtese Miorrelaxante (Placa Oclusal Estabilizadora)	
3110	82000921	Gingivectomia	R
3115	82000212	Aumento de Coroa Clínica (recuperação do espaço biológico)	R
3120	82000336	Cirurgia Odontológica a Retalho	R
3130	82001464	Sepultamento Radicular (por elemento)	
3140	82000557	Cunha Proximal	R
3150	82000190	Extensão de Vestíbulo (por sextante)	
3160	82000689	Enxerto Pediculado (por sextante)	R
3170	82000662	Enxerto Gengival Livre (por sextante)	R
3180	82000646	Enxerto Conjuntivo Subepitelial	
3200	82001073	Odonto-Secção com ou sem Amputação Radicular (por elemento)	R
3210	82000069	Amputação Radicular Sem Obturação Retrógada (por raiz)	
3220	82000050	Amputação Radicular Com Obturação Retrógada (por raiz)	
3250	82000948	Gingivoplastia	R
3260	00003260	Documentação Periodontal (Uniodonto Campinas): Panorâmica; 14 periapicais; 4 interproximais; 9 fotos; mod de estudo; pasta; caixa de modelos; CD	
4000		PRÓTESE	
4020	00004020	Enceramento de Diagnóstico (caso clínico)	
4040	85400556	Restauração Metálica Fundida (metal não nobre)	R
4060	85400505	Remoção de Incrustações Metálicas ou Coroas	R
4070	85400467	Recolocação de Restauração Metálica Fundida ou Coroas	
4080	85400220	Núcleo Metálico Fundido (metal não nobre)	R
4085	85400211	Núcleo de Preenchimento	R
4090	85400076	Coroa Provisória com pino	R
4091	85400084	Coroa Provisória sem pino	R
4100	85400092	Coroa Prensada em Resina	
4120	85400092	Coroa de Jaqueta Acrílica	
4140	85400157	Coroa Total Métalo Cerâmica	
4145	85400114	Reabilitação com Coroa Total em Cerômero Unitária - Inclui a Peça Protética (Dente Anterior)	R
4150	85400165	Coroa de Venner ou Métalo Plástica (base em metal não nobre)	
4160	85400149	Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária - Inclui a Peça Protética	R
4200	85400343	Prótese Fixa Métalo Plástica (base em metal não nobre) (por elemento)	
4240	85400394	Prótese Parcial Removível Provisória em Acrílico (com ou sem grampos)	
4250	85400386	Prótese Parcial Removível Com Grampos Bilateral	
4280	85400483	Reembasamento de Prótese Total ou Parcial	
4290	85400408	Prótese Total	
4300	85400424	Prótese Total Caracterizada	
4310	85400416	Prótese Total Imediata	
4370	85400068	Conserto em Prótese Total / Parcial, inclusive com substituição de dentes	
4420	00004420	Pivot (base em metal não nobre)	
4430	00004430	Núcleo seccionado (metal não nobre)	
4440	00004440	Acrilização de prótese parcial removível (aproveitando armação antiga)	
5000		CIRURGIA	
5010	82000875	Exodontia Simples de Permanente (por elemento)	R
5015	82000875	Exodontia Simples de Supranumerário	R
5020	82000816	Exodontia a Retalho	R
5030	82000859	Exodontia de Raiz Residual (por elemento)	R
5040	82000034	Alveoloplastia ou Alveolotomia (por sextante)	R
5050	82001715	Ulotomia	R
5060	82000255	Biópsia de Lábio	R
5061	82000239	Biópsia de Boca	R
5062	82000263	Biópsia de Língua	R
5063	82000247	Biópsia de Glândula Salivar	R
5064	82000271	Biópsia de Mandíbula	R

5065	82000280	Biópsia de Maxila	R
5066	82001103	Punção Aspirativa com Agulha Fina / Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial	R
5070	82000190	Sulcoplastia / Aprofundamento do Sulco Gengivo-labial (por arcada)	R
5080	82000395	Cirurgia para Torus Palatino	R
5090	82000387	Cirurgia para Torus Mandibular - Unilateral	R
5100	82000360	Cirurgia para Torus Mandibular - Bilateral	R
5110	82000182	Apicetomia em Caninos ou Incisivos	R
5120	82000174	Apicetomia em Caninos ou Incisivos – com Obturação Retrógrada	R
5130	82000085	Apicetomia em Pré-Molares	R
5140	82000077	Apicetomia em Pré-Molares – com Obturação Retrógrada	R
5150	82000166	Apicetomia em Molares	R
5160	82000158	Apicetomia em Molares – com Obturação Retrógrada	R
5170	82000883	Frenulectomia Labial	R
5171	82000905	Frenulotomia Labial	R
5172	82000891	Frenulectomia Lingual	R
5173	82000913	Frenulotomia Lingual	R
5174	82000298	Bridectomia	R
5175	82000301	Bridotomia	R
5180	82001286	Remoção de Dentes Retidos (Inclusos ou Impactados) - Dentes Superiores	R
5181	82001286	Remoção Dentes Supranumerários (Inclusos / Impactados) - Dentes Superiores	R
5185	82001294	Remoção de Dentes Retidos (Semi-Inclusos) - Dentes Superiores	R
5186	82001286	Remoção de Dentes Retidos (Inclusos ou Impactados) - Dentes Inferiores	R
5187	82001286	Remoção Dentes Supranumerários (Inclusos ou Impactados) - Dentes Inferiores	R
5188	82001294	Remoção de Dentes Retidos (Semi-Inclusos) - Dentes Inferiores	R
5190	82001634	Cirurgia de Odontoma e Osteoma / Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução	R
5191	82001588	Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos / Cartilagosos na Mandíbula / Maxila	R
5192	82001618	Tratº Cirúrg de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-	R
5195	82001596	Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos / Cartilagosos na Mandíbula / Maxila	R
5196	82001685	Tunelização (por elemento)	R
5200	82000786	Exérese ou Excisão Pequenos Cistos de Mandíbula / Maxila	R
5220	82001391	Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar	R
5230	82001510	Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais	R
5240	82001529	Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Sinusais	R
5270	82000808	Exérese ou Excisão de Rânula	R
5300	82000794	Exérese ou Excisão de Mucocele	R
5301	82000778	Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar	R
5310	82001502	Cirurgia para Tracionamento Ortodôntico	
5320	82001707	Ulectomia	R
5650	82001170	Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução cruenta	R
5660	82001189	Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução Incruenta	R
5980	00005980	Curetagem apical	R
6000		ORTODONTIA	
6110	00006110	Tratamento de Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares - Preventivo	
6120	00006120	Tratamento de Ortodontia e Ortopedia Facial Corretivo Completo	
6150	86000357	Tratamento de Ortodontia e Ortopedia Facial Corretivo Completo (até 25 anos)	
6190	00006190	Reposição de Aparelho Móvel (Aparelhos Ortodônticos) por perda ou quebra	
6200	00006200	Reposição de Brackets (Peças Ortodônticas) por perda ou quebra	
6210	00006210	Análise do Caso - incluída a Consulta (apenas 1 por tratamento)	
6220	86000357	Tratamento de Ortodontia e Ortopedia Facial Corretivo Completo (+ de 25 anos)	
6230	00006230	Reposição de peças ortopédicas - por perda ou quebra	
6240	86000373	Tratamento de Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares - Preventivo	
6245	00006245	Documentação Ortodôntica Simplificada (Uniodonto Campinas): Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico; panorâmica; periapicais anteriores; 5 fotos intra e extra-orais; modelos ortodônticos; discrepância de modelos; análise da via naso-faríngea (adenóide); CD; pasta	
6250	00006250	Documentação Ortodôntica Completa (Uniodonto Campinas): Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico; panorâmica; periapicais anteriores; 9 fotos intra e extra-orais; modelos ortodônticos; discrepância de modelos; índice carpal; análise da via naso-faríngea (adenóide); previsão de erupção dos terceiros molares; CD; pasta	

6260	00006260	Documentação Ortodôntica Especial (Uniodonto Campinas): Todo o conteúdo do código 6250, acrescido de teleradiografia frontal; análise e traçado cefalométrico computadorizado; radiografias interproximais; foto do sorriso	
6270	00006270	Documentação Ortopédica (Uniodonto Campinas): Telerradiografia lateral com análise e traçado cefalométrico de Bimler e Mac Namara; panorâmica; 9 fotos; CD; modelos ortodônticos; modelos de trabalho; curva de reação Dr. Bimler; índice carpal; análise da via naso-faríngea (adenóide); previsão de erupção de terceiros molares; ficha para tratamento ortognático; pasta ortodôntica; caixa de modelos	
O tratamento de Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares é cobrado em parcelas mensais e inclui toda a			
7000		IMPLANTODONTIA	
7001	82000980	Implante Ósseo Integrado (valor unitário)	
7002	85500062	Guia Cirúrgico Para Implante	
7003	85500011	Coroa Provisória Sobre Implante (valor unitário)	
7004	85500020	Coroa Provisória Sobre Implante com carga imediata (valor unitário)	
7005	85400122	Coroa Total Livre de Metal (metalfree) Sobre Implante - Cerâmica (valor unitário)	
7006	85400130	Coroa Total Livre de Metal (metalfree) Sobre Implante - Cerômero (valor unitário)	
7007	85500046	Coroa Total Metal Plástica Sobre Implante - Cerômero (valor unitário)	
7008	85500054	Coroa Total Metal Plástica Sobre Implante - Resina Acrílica (valor unitário)	
7009	85500038	Coroa Total Metal Cerâmica Sobre Implante (valor unitário)	
O procedimento não assinalado com a letra que designa o plano contratado é considerado "ato complementar" e a sua realização depende de prévio acordo financeiro do beneficiário com o cirurgião-dentista, sem intermediação da Uniodonto			