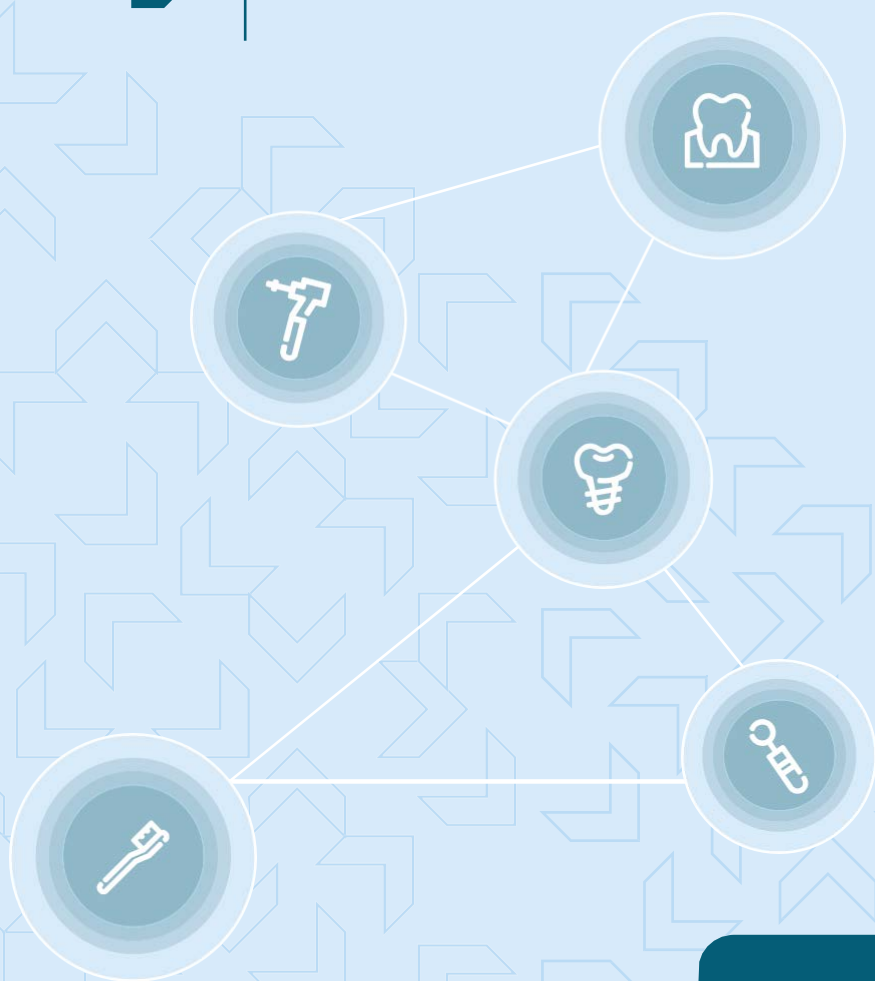




BCSaúde

# Tabela de Reembolso de Procedimentos Odontológicos do BCSaúde

Janeiro/2026



# Sumário

Apresentação .....	3
I. Disposições Gerais .....	4
II. 90 – Atendimento inicial.....	6
III. 91 – Prevenção.....	7
IV. 92 – Odontopediatria.....	8
V. 93 – Dentística Restauradora .....	9
VI. 94 – Endodontia .....	11
VII. 95 – Cirurgias.....	13
VIII. 96 – Ortodontia e Ortopedia Funcional .....	15
X. 98 – Prótese.....	21
XI. 9807 – Radiologia.....	23
XII. 9808 – Disfunção temporomandibular e dor orofacial .....	25
XIII. 9809 – Implantodontia .....	26
Tratamentos especiais .....	28
Imperativo clínico.....	29
Cirurgias Bucomaxilofacial.....	30
Anexo I.....	31

# Apresentação

A Tabela de Reembolso de Procedimentos Odontológicos do BC Saúde contempla todos os serviços passíveis de cobertura pelo Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central – BC Saúde (BC Saúde), mantido pelo Banco Central do Brasil para assistência à saúde dos servidores dessa instituição e de seus dependentes.


Os valores desta tabela se aplicam a ressarcimentos de despesas com atendimento por profissionais ou por entidades não credenciados.

Destaca-se que a concessão de benefício para eventos realizados em regime de livre escolha observa as mesmas regras e limites estabelecidos para os atendimentos realizados na rede credenciada. Nesse sentido, a concessão de reembolsos está sujeita às normas de regulamentação gerais do programa e às disposições a seguir.

A versão atualizada desta tabela é disponibilizada aos beneficiários na área restrita do Portal BC Saúde (<https://www.bcb.gov.br/acessoinformacao/bcsaude>). Informações gerais sobre o Programa, incluindo contatos de atendimento, constam na área pública do Portal.

# I. Disposições Gerais

1. A concessão de reembolsos de serviços odontológicos será efetuada com base neste documento.
2. O BC Saúde poderá determinar a realização de perícia independentemente do valor do tratamento.
3. No regime de livre escolha deverão ser observadas as carências, quando existentes. A carência geral para procedimentos odontológicos é de 60 dias.
4. Deverão ser previamente autorizados:
  - a) orçamentos odontológicos superiores a R\$ 800,00 (oitocentos reais), sendo vedado o fracionamento do valor total do tratamento;
  - b) eventos odontológicos cobertos na modalidade de adiantamento (prótese dentária, exceto se coberta como auxílio e de valor inferior a R\$ 800,00, implantes e tratamentos ortodônticos e ortopédicos);
  - c) tomografias odontológicas;
  - d) laserterapia; e
  - e) situações classificadas como imperativo clínico.
5. Nos casos de procedimentos que demandem autorização prévia, o beneficiário deverá encaminhar previamente, ao BC Saúde, o orçamento odontológico com as seguintes especificações: os procedimentos a serem executados; a duração provável do tratamento; o odontograma ou a identificação dos dentes ou das regiões envolvidas; a assinatura e o número de registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO); e o CPF ou CNPJ do prestador.
6. Na hipótese de atendimento em regime de internação hospitalar ou em regime de atendimento domiciliar, com prévia autorização do BC Saúde, o tratamento será reembolsado de acordo com esta tabela, acrescido de 70% sobre os valores dos procedimentos executados.
7. Nos casos previstos no item anterior, os honorários do instrumentador e os do auxiliar odontológico, quando necessários, corresponderão a 10% e a 30%, respectivamente, dos honorários do cirurgião. Os honorários do anestesista, quando necessário, serão os estabelecidos na tabela médica adotada pelo BC Saúde.
8. Os valores relativos ao atendimento de Pessoas com Deficiência (PcD) realizado em consultório poderão ser acrescidos de 30%, mediante apresentação de relatório circunstanciado.
9. Os valores relativos ao atendimento de Pessoas Deficiência (PcD) realizado em regime de internação hospitalar ou domiciliar e os valores de anestesia serão reembolsados na forma dos itens 6 e 7 deste capítulo.
10. No caso de tratamentos realizados por não credenciados, eventuais necessidades de reparação serão de responsabilidade do prestador, sem ônus ao BC Saúde.
11. Nos tratamentos que exigirem perícia, o reembolso somente será processado após a sua realização. A perícia é realizada, em regra, de forma presencial. A auditoria do programa, a depender do caso, pode aceitar a realização de perícia documental, caso haja justificativa técnica para tanto.
12. Propostas de alteração no plano de tratamento após a concessão de autorização prévia deverão ser encaminhadas para análise do BC Saúde, acompanhadas de relatório circunstanciado, com justificativa.
13. Os custos de laboratórios referentes a trabalhos de prótese estão incluídos no valor de reembolso do procedimento.
14. O tratamento será submetido à análise da auditoria técnica do BC Saúde, que poderá determinar a realização de avaliação clínica ou documental, bem como solicitar informações adicionais para subsidiar a avaliação de cobertura, inclusive radiografias.
15. O auditor ou perito odontólogo do BC Saúde poderá solicitar elementos que julgue necessários para avaliar melhor as condutas adotadas, tais como anamnese completa, diagnóstico para o caso, exames complementares, opções de tratamento e seus prognósticos, consentimento livre e informado assinado, histórico da evolução clínica do tratamento, radiografias e fotografias do paciente.

- 
16. A auditoria do BC Saúde observará as normas do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e as boas práticas consagradas pelo mercado.
  17. O BC Saúde somente cobrirá procedimentos próprios de cada especialidade quando realizados por especialistas registrados no Conselho Regional de Odontologia (CRO).
  18. Quando houver necessidade de apresentação de radiografias para reembolso de procedimentos, deverão conter nome completo do paciente, número do dente, data de realização e nome do profissional. Além disso, devem apresentar bom contraste, sem alongamento e sem cortes das partes essenciais à avaliação do tratamento.
  19. Para reembolso de todos os procedimentos desta tabela, é exigido o odontograma ou a identificação dos dentes ou das regiões envolvidas.
  20. Quando há menção de tratamento por segmento ou área, compreende-se: de canino a canino ou de primeiros pré-molares a terceiros molares.

## II. 90 – Atendimento inicial

Estrutura	Descrição	Valor
90.01.0019	Consulta inicial – Clínica geral ou dentística	63,16
90.01.0035	Atendimento de emergência: noturno, finais de semana ou feriados	147,10
90.01.0043	Perícia odontológica inicial	68,21
90.01.0051	Perícia odontológica final	68,21
90.01.0108	Perícia odontológica aleatória	68,21
90.01.0213	Consulta inicial – Odontopediatria	63,16
90.01.0221	Consulta inicial – Endodontia	63,16
90.01.0230	Consulta Inicial – Cirurgia	63,16
90.01.0248	Consulta inicial – Ortodontia	63,16
90.01.0256	Consulta inicial – Periodontia	63,16
90.01.0264	Consulta inicial – Prótese	63,16
90.01.0272	Consulta inicial – DTM	63,16
90.01.0280	Consulta inicial – Implantodontia	63,16

1. Considera-se consulta inicial o primeiro atendimento, destinado a anamnese, exame clínico, diagnóstico e preenchimento de orçamento, de prontuário e de outros documentos.
2. Considera-se atendimento de urgência aquele realizado em dias úteis, no horário das 22h às 6h, e aos sábados, domingos e feriados.
3. O atendimento de urgência inclui todos os procedimentos necessários à solução do caso que o motivou, em sessão única, e não poderá constituir passo intermediário ou final de tratamento iniciado pelo próprio dentista que prestar esse atendimento. Caso seja necessária a continuidade desse tratamento, o enquadramento do procedimento será realizado conforme demais códigos desta tabela, mediante autorização prévia, se for o caso.
4. Para caracterização de urgência, deve constar no orçamento o dia e a hora do atendimento.

### III. 91 – Prevenção

Estrutura	Descrição	Valor
91.01.0012	Profilaxia: polimento coronário (quatro hemiarquadas)	65,00
91.01.0020	Aplicação tópica de flúor	50,00
91.01.0039	Aplicação de carióstático (quatro hemiarquadas)	46,54
91.01.0055	Remineralização de esmalte (por sessão)	46,27
91.01.0080	Controle de placa bacteriana e orientação de higiene bucal	75,00
91.01.0096	Tratamento da gengivite (quatro hemiarquadas)	150,00

1. A aplicação tópica de flúor e a profilaxia serão cobertas com intervalo mínimo (prazo intervalar) de seis meses entre uma aplicação e outra. Poderá ser admitida a redução do intervalo para até três meses em caso de pacientes submetidos a tratamento ortodôntico ou em situações que demandem diminuição desse prazo. É necessário o envio de justificativa, por escrito, juntamente com a solicitação da redução do prazo.
2. A remineralização de esmalte deverá ser feita de acordo com a avaliação do risco de cárie do beneficiário e serão cobertas, no máximo, quatro sessões de flúor ao ano. Esse procedimento não será reembolsado de forma conjunta com o correspondente ao código 91.01.0020 (aplicação tópica de flúor).
3. As sessões de controle de placa bacteriana, que compreendem orientações ao paciente relacionadas com técnica de escovação, motivação, uso de fio dental e evidenciador de placa, serão cobertas com intervalo mínimo (prazo intervalar) de seis meses entre uma e outra.
4. Os códigos 91.01.0012 (Profilaxia – polimento coronário em quatro hemiarquadas), 91.01.0096 (tratamento da gengivite em quatro hemiarquadas) e 91.01.0080 (controle de placa bacteriana e orientação de higiene bucal) não serão cobertos concomitantemente com os códigos referentes aos tratamentos não cirúrgicos da periodontite leve ou avançada, listados na tabela de Periodontia, ainda que estejam previstos no mesmo plano de tratamento.
5. A aplicação de carióstático é coberta somente para crianças com idade de até dez anos, em sessão única. Exceções deverão ser justificadas e previamente autorizadas.

## IV.92 – Odontopediatria


Estrutura	Descrição	Valor
92.01.0016	Tratamento endodôntico em dentes decíduos	151,36
92.01.0024	Pulpotomia	97,82
92.01.0032	Coroa de aço ou policarbonato para dentes decíduos	143,95
92.01.0059	Exodontia de dentes decíduos	53,28
92.01.0083	Condicionamento em odontopediatria	53,28
92.01.0113	Aplicação de verniz de flúor (as quatro hemiarçadas)	54,44
92.01.0130	Adequação do meio bucal	83,97
92.01.0148	Aplicação de selante (por elemento hígido)	43,90
92.01.0504	Mantenedor de espaço	267,54

1. Para procedimentos não constantes da tabela de odontopediatria, serão utilizados os códigos das demais especialidades.
2. Os códigos de odontopediatria podem ser utilizados para tratamentos de beneficiários que tenham até 14 anos incompletos de idade.
3. As sessões de condicionamento de odontopediatria, também denominadas de adaptação, poderão ser realizadas a cada seis meses, cobradas separadamente, de acordo com a necessidade do caso. Não há reembolso, cumulativamente, de sessões de adaptação e de consulta inicial.
4. A aplicação de selantes será coberta apenas quando realizada em dentes hígidos (saudáveis) de pacientes com até quatorze anos, com intervalo mínimo (prazo intercalar) de um ano entre cada aplicação.
5. A adequação do meio bucal deve ser realizada com material escolhido pelo profissional, apropriado à finalidade.
6. Não serão cobertas pelo BC Saúde aplicações de selantes associadas a restaurações de resinas como forma de proteção adicional.

## V.93 – Dentística Restauradora

Estrutura	Descrição	Valor
93.01.0010	Restauração em amálgama (uma face)	82,82
93.01.0028	Restauração em amálgama (duas faces)	103,14
93.01.0036	Restauração em amálgama classe II (três faces)	124,45
93.01.0060	Restauração em resina fotopolimerizável classe III (mesial)	94,55
93.01.0079	Restauração em resina fotopolimerizável classe IV (mesial)	123,83
93.01.0087	Restauração em resina fotopolimerizável (bordo incisal)	137,52
93.01.0095	Restauração em resina fotopolimerizável (uma face, posterior)	<b>80,86</b>
93.01.0109	Restauração em resina fotopolimerizável (duas faces, posterior)	122,09
93.01.0117	Restauração em resina fotopolimerizável (três faces, posterior)	128,93
93.01.0125	Capeamento pulpar	82,42
93.01.0168	Restauração com ionômero de vidro	79,12
93.01.0176	Restauração em faceta de resina fotopolimerizável	154,71
93.01.0184	Restauração a resina fotopolimerizável classe V (vestibular)	94,94
93.01.0192	Restauração a resina fotopolimerizável classe V (palatina ou lingual)	90,61
93.01.0206	Restauração a resina fotopolimerizável classe III (distal)	94,55
93.01.0214	Restauração a resina fotopolimerizável classe IV (distal)	123,83
93.01.0222	Núcleo de preenchimento	113,63
93.01.0230	Restauração em amálgama (quatro faces)	120,33
93.01.0249	Restauração em resina fotopolimerizável (quatro faces, posterior)	137,52


1. Para restaurações, o prazo intercalar para cobertura no mesmo dente e face(s) é de dois anos.
2. As restaurações cobertas pelo BC Saúde devem ter ponto de contato, anatomia adequada, acabamento e polimento, bem como não apresentar excesso ou falta cervical.
3. O BC Saúde não cobre substituições de restaurações por motivos estéticos.
4. No valor de reembolso de restaurações, já estão incluídos o forramento necessário e o ajuste oclusal.
5. As facetas em resina serão cobertas apenas para o segmento anterior (canino a canino).
6. O procedimento de núcleo de preenchimento só será coberto para dentes tratados endodonticamente ou para aqueles que receberão algum tipo de tratamento protético. Tais situações deverão ser comprovadas por meio de radiografia, nos casos de tratamento endodôntico, ou pela indicação do evento juntamente com o procedimento protético. O núcleo de preenchimento não será reembolsado em conjunto com outros núcleos no mesmo elemento dentário.
7. Capeamento pulpar direto consiste no tratamento de um dente que tenha sido afetado por cárie ou fratura profunda no caso de exposição pulpar, por meio da utilização de materiais específicos para proteger a polpa dentária, na tentativa de se evitar o tratamento endodôntico. É necessária a apresentação de radiografia final, para fins comprobatórios.
8. Os procedimentos de prótese que são cobertos na especialidade de dentística (coroas unitárias, *onlays*, *inlays*, facetas, fixas adesivas e núcleos) constam no Capítulo X – 98 – Prótese.

- 
9. Para fins de cobertura, serão consideradas exclusivamente as faces restauradas do dente, independentemente da extensão ou da profundidade do preparo cavitário. Não será aceito o reembolso de faces em duplicidade, ou seja, a mesma face não poderá ser registrada mais de uma vez para o mesmo dente, ainda que o preparo envolva maior área.
  10. Quando houver necessidade de restaurar mais de uma face do mesmo dente, todas as faces envolvidas deverão constar na mesma guia de orçamento. Portanto, não será aceito o reembolso fracionado em guias distintas para restaurações de faces diferentes do mesmo dente.

## VI.94 – Endodontia

Estrutura	Descrição	Valor
94.01.0005	Urgência endodôntica	102,57
94.01.0013	Pulpectomia (sem continuação do tratamento)	102,57
94.01.0021	Pulpotomia	102,57
94.01.0030	Clareamento e branqueamento (recromia) por dente	215,62
94.01.0048	Remoção de núcleo intrarradicular	125,87
94.01.0056	Retratamento (incisivo ou canino)	400,64
94.01.0064	Retratamento (pré-molar)	477,13
94.01.0072	Retratamento (molar)	764,85
94.01.0080	Tratamento endodôntico (incisivo ou canino)	318,69
94.01.0099	Tratamento endodôntico (pré-molar)	400,64
94.01.0102	Tratamento endodôntico (molar)	637,38
94.01.0153	Apicificação	85,82
94.01.0200	Preparo para núcleo intrarradicular	59,88
94.01.0218	Tratamento de perfuração	174,82
94.01.0226	Tratamento de reabsorções de dentina interna e externa	110,00
94.01.0250	Remoção de corpo estranho	110,00
94.01.0269	Restauração temporária	51,14

1. Tratamentos ou retratamentos endodônticos cobertos pelo BC Saúde devem ser realizados com isolamento absoluto e sem condensação lateral deficiente, bem como não podem apresentar cone de gutapercha que ultrapasse o ápice radicular ou restos de instrumentos quebrados.
2. Os valores dos eventos endodônticos incluem o custo das radiografias periapicais realizadas, bem como a drenagem de abscesso por canal. Poderão ser cobertas, de forma apartada, as radiografias de diagnóstico e finais (após finalizado o tratamento).
3. Para reembolso de eventos de pulpotomia ou de tratamento ou retratamento de canal, é necessária a apresentação das radiografias iniciais e finais.
4. Em caso de extravasamento de cimento, o profissional deverá se responsabilizar e se comprometer a manter o controle do caso
5. O procedimento 94.01.0030 (clareamento e branqueamento – recromia) só será coberto até os primeiros dentes pré-molares submetidos a tratamento endodôntico há mais de um ano. Não há cobertura para tratamentos gerais de clareamento dental.
6. A urgência endodôntica não será reembolsada em conjunto com a consulta inicial, nem com pulpotomia, pulpectomia ou com tratamento endodôntico.
7. Tratamentos endodônticos são cobertos apenas uma vez por dente envolvido. No caso de tratamentos que precisem ser refeitos, serão utilizados os códigos de retratamento, os quais possuem prazo intercalar de 2 anos.
8. Procedimentos de pulpotomia e de pulpectomia não serão reembolsados quando realizados de forma concomitante ao tratamento endodôntico no mesmo dente.

- 
9. O procedimento de amputação radicular encontra-se no Capítulo VII. 95 – Cirurgias desta tabela e pode ser realizado, também, por endodontistas.
  10. O procedimento de preparo para núcleo intrarradicular será coberto quando, ao final do tratamento, reste pelo menos quatro milímetros de gutapercha obturando a região apical do conduto radicular.
  11. A restauração temporária é coberta quando realizada por endodontistas e tem como finalidade o selamento temporário do dente enquanto ele não tem sua restauração definitiva efetuada.

## VII. 95 – Cirurgias

<b>Estrutura</b>	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
95.01.0017	Alveoloplastia (por hemiarcada ou canino a canino)	150,14
95.01.0025	Apicetomia multirradicular com ou sem obturação retrógrada, incluindo curetagem periapical	356,02
95.01.0033	Apicetomia unirradicular, com ou sem obturação retrógrada, incluindo curetagem periapical	284,85
95.01.0050	Remoção ou correção de bridas musculares	155,68
95.01.0068	Correção de tórus palatino	158,18
95.01.0092	Drenagem de abscesso extraoral	105,19
95.01.0106	Drenagem de abscesso intraoral	81,98
95.01.0122	Remoção de cistos e de lesão benigna, inclusive biópsia excisional e/ou marsupialização	291,73
95.01.0130	Excisão de rânula	245,51
95.01.0149	Remoção de dentes inclusos ou impactados	278,96
95.01.0173	Exodontia de dente semi-incluso ou semi-impactado	144,49
95.01.0181	Tratamento cirúrgico de fístula buconasal ou bucossinusal com retalho	246,21
95.01.0190	Frenectomia lingual ou labial	164,11
95.01.0211	Exposição ou lançamento de dentes inclusos com finalidade ortodôntica	286,29
95.01.0246	Amputação radicular	193,50
95.01.0254	Reimplante de dentes avulsionados por causa traumática (esplintagem)	218,27
95.01.0262	Redução da tuberosidade (unilateral)	171,87
95.01.0270	Remoção de corpo estranho do seio maxilar	255,45
95.01.0289	Remoção de restos de raízes no seio maxilar	270,88
95.01.0297	Tratamento de alveolite (por sessão)	89,77
95.01.0300	Sutura ferida na mucosa oral ou lábio	89,11
95.01.0327	Ulectomia	78,96
95.01.0335	Aprofundamento do vestibulo	154,75
95.01.0343	Biópsia excisional	150,14
95.01.0351	Cirurgia de pericoronarite	89,77
95.01.0360	Cirurgia de osteoma e odontoma	312,90
95.01.0394	Ulotomia	78,96
95.01.0416	Exodontia de dente permanente, raiz residual ou resto radicular (com retalho)	111,12
95.01.0424	Exodontia de dente permanente, raiz residual ou resto radicular (sem retalho)	91,50
95.01.0467	Redução de fraturas alveolodentárias	239,89
95.01.0475	Tratamento de hemorragia	71,17

<b>Estrutura</b>	<b>Descrição</b>	<b>Valor</b>
95.01.0505	Remoção de cálculo salivar via oral	181,11
95.01.0513	Remoção de tórus mandibular (unilateral)	157,28
95.01.0521	Remoção de tórus mandibular (Bilateral)	235,16
95.01.0530	Excisão de glândula sublingual	452,11
95.01.0548	Excisão de glândula submandibular	452,11
95.01.0556	Excisão de glândula parótida	752,36
95.01.0564	Excisão de tumor de glândula salivar	452,11
95.01.0823	Guia cirúrgico para ortognática	315,82

1. Atos cirúrgicos que tenham envolvimento ósseo serão cobertos mediante apresentação de orçamento e das radiografias iniciais e finais.
2. Os procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial que não figurarem nesta tabela poderão ser enquadrados na tabela médica adotada pelo Banco Central.
3. O procedimento de drenagem de abscesso dentário por canal não poderá ser coberto como o código 95.01.0106 (drenagem de abscesso intraoral).
4. Os procedimentos de extração dentária (exodontia) incluem alveoloplastia, eventual tratamento de alveolite e curetagem do alvéolo, os quais não poderão ser reembolsados concomitantemente.
5. O procedimento de redução de fraturas alveolodentárias (código 95.01.0467) já inclui esplintagem e aparelho de contenção em seu valor.
6. Códigos de procedimentos cirúrgicos já incluem sutura em seu valor.
7. O procedimento de alveoloplastia é coberto exclusivamente para finalidade protética.
8. Os procedimentos de alveoloplastia (código 95.01.0017) e de amputação radicular (código 95.01.0246) não serão reembolsados de forma concomitante às extrações dentárias enquadradas nos códigos 95.01.0149 (remoção de dentes inclusos ou impactados), 95.01.0416 (exodontia com retalho), 95.01.0424 (exodontia sem retalho) e 95.01.0173 (exodontia de dente semi-incluso ou semi-impactado).
9. O procedimento de apicetomia (códigos 95.01.0025 e 95.01.0033) só será coberto nos casos em que, após retratamento endodôntico, não houver a possibilidade de regressão da lesão via canal (endodontia). É necessário o envio das radiografias iniciais e finais do procedimento.

## VIII. 96 – Ortodontia e Ortopedia Funcional


Para beneficiários com dezesseis anos ou mais

Estrutura	Descrição	Valor
96.01.0010	Aparelhos e placas de pequenos movimentos – adiantamento	319,04
96.01.0029	Placa de expansão para mordida cruzada (arcada superior) – adiantamento	450,41
96.01.0037	Manutenção mensal (tratamento preventivo) – adiantamento	79,40
96.02.0016	Tratamento ortodôntico total (duas arcadas) – adiantamento	2.547,99
96.02.0024	Tratamento ortodôntico parcial (uma arcada) – adiantamento	1.274,03
96.02.0032	Tratamento ortopédico (ortopedia funcional dos maxilares) classes I e II de Angle (aparelhos móveis) – adiantamento	1.821,85
96.02.0040	Tratamento ortopédico (ortopedia funcional dos maxilares) classe III de Angle (aparelhos móveis) - adiantamento	2.237,62
96.02.0059	Manutenção mensal (tratamento ortopédico) - adiantamento	140,04
96.02.0067	Manutenção mensal (tratamento ortodôntico total) – adiantamento	140,04
96.02.0075	Aparelho de contenção – adiantamento	287,27
96.02.0083	Aparelho de contenção (par) – adiantamento	459,07
96.02.0091	Manutenção mensal (aparelho de contenção) – adiantamento	54,86
96.02.0105	Manutenção mensal (tratamento ortodôntico parcial) – adiantamento	90,94
96.02.0121	Tratamento ortodôntico com alinhadores (duas arcadas) – adiantamento	10.000,00

Para beneficiários com até dezesseis anos incompletos

Estrutura	Descrição	Valor
96.01.1017	Aparelhos e placas de pequenos movimentos – auxílio	319,04
96.01.1025	Placa de expansão para mordida cruzada (arcada superior) – auxílio	450,41
96.01.1033	Manutenção mensal (tratamento preventivo) – auxílio	79,40
96.02.1012	Tratamento ortodôntico total (duas arcadas) – auxílio	2.547,99
96.02.1020	Tratamento ortodôntico parcial (uma arcada) – auxílio	1.274,03
96.02.1039	Tratamento ortopédico (ortopedia funcional dos maxilares) classes I e II de Angle (aparelho: móveis) - auxílio	1.821,85
96.02.1039	Tratamento ortopédico (ortopedia funcional dos maxilares) classe III de Angle (aparelhos m - auxílio	2.237,62
96.02.1055	Manutenção mensal (tratamento ortopédico) – auxílio	140,04
96.02.1063	Manutenção mensal (tratamento ortodôntico total) – auxílio	140,04
96.02.1071	Aparelho de contenção – auxílio	287,27
96.02.1080	Aparelho de contenção (par) – auxílio	459,07
96.02.1098	Manutenção mensal (aparelho de contenção) – auxílio	54,86
96.02.1101	Manutenção mensal (tratamento ortodôntico parcial) – auxílio	90,94

1. Os valores de reembolso dos tratamentos corretivos compreendem todos os custos envolvidos, independentemente da técnica empregada e da quantidade de aparelhos a serem utilizados.
2. Nos casos de reembolso de tratamentos ortodônticos ou ortopédicos, é necessário apresentar orçamento devidamente preenchido pelo ortodontista ou ortopedista funcional, para prévia autorização, que deverá conter as seguintes informações:
  - identificação do beneficiário (nome, matrícula, idade);
  - identificação do profissional (número de registro no CRO e no CNPJ/CPF, endereço, telefone e especialização);
  - diagnóstico morfofuncional;
  - técnica empregada;
  - tipos de aparelhos a serem utilizados;
  - duração estimada do tratamento com a programação;
  - prognóstico e objetivos previstos com o tratamento; e
  - documentação própria (par de modelos das arcadas, análise cefalométrica com laudo, radiografia panorâmica e radiografia periapical completa – radiodôntica).
3. Após a emissão da autorização, a documentação citada no item anterior será devolvida ao beneficiário para o devido retorno ao dentista.
4. O tratamento ortodôntico total só será coberto após a erupção dos dentes permanentes, não sendo autorizado na fase de dentição mista.
5. O tratamento ortodôntico parcial não será coberto para solução parcial de má oclusão em período de crescimento ou quando um tratamento ortodôntico total ou ortopédico for aplicável.
6. Poderá ser coberto, na continuidade do tratamento ortopédico funcional, o tratamento ortodôntico ou com alinhadores, mediante apresentação de relatório circunstanciado do caso que justifique o novo tratamento.
7. A autorização prévia para o tratamento só será emitida após realização de perícia pela auditoria do BC Saúde.
8. O reembolso só será processado após a colocação completa do aparelho, atestada por perícia, a qual pode ser substituída pelo encaminhamento de fotografia do aparelho instalado.
9. A cobertura do BC Saúde para tratamentos ortodônticos e ortopédicos funcionais corretivos ou com alinhadores ocorrerá apenas uma vez para cada tipo. Não haverá cobertura para a reposição de peças ou de aparelhos danificados, quebrados ou perdidos.
10. Os tratamentos ortodônticos, exceto alinhadores, serão cobertos na modalidade auxílio desde que autorizados até os 16 (dezesesseis) anos incompletos do beneficiário. Nesse caso, a cobertura como auxílio se encerra com o término das sessões de manutenção autorizadas no início do tratamento. Quando necessária a prorrogação de sessões de manutenção e, posteriormente, a utilização de aparelhos de contenção, passam a ser observadas as regras da modalidade de adiantamento, aplicáveis para tratamentos ortodônticos realizados por beneficiários com mais de 16 (dezesesseis) anos.
11. As sessões de manutenção custeiam a assistência mensal prestada ao beneficiário durante o tratamento e serão reembolsadas apenas para atendimentos efetivamente realizados.
12. Não será coberta a consulta odontológica realizada em conjunto com a sessão de manutenção. No documento fiscal da sessão de manutenção deverá constar a data do atendimento. Não haverá cobertura para sessão de manutenção no primeiro mês da colocação do aparelho ortodôntico ou ortopédico.
13. A cobertura de tratamentos ortodônticos e ortopédicos funcionais somente será concedida quando forem realizados por especialistas em ortodontia ou ortopedia funcional dos maxilares, devidamente registrados no Conselho Regional de Odontologia (CRO).


- 
14. A cobertura de manutenções tanto para ortodontia fixa como para ortopedia funcional é limitada a 24 sessões. Eventual prorrogação poderá ser autorizada mediante prévia apresentação de relatório circunstanciado que justifique a continuidade do tratamento e realização de perícia.
  15. A cobertura de manutenção para tratamentos preventivos é limitada a 10 sessões.
  16. No caso de abandono do tratamento ortodôntico ou ortopédico funcional já reembolsado, o beneficiário deverá comunicar o BC Saúde. É considerado abandono a interrupção das sessões de manutenção por período superior a 6 (seis) meses. Não há cobertura de eventual continuidade de tratamento após a caracterização do abandono.
  17. Após conclusão do tratamento corretivo, o beneficiário deverá comunicar tal fato ao BC Saúde para avaliação do resultado por meio de perícia, antes da remoção do aparelho, e apresentar modelos das arcadas (iniciais e finais) e radiografias panorâmicas (iniciais e finais). Tal documentação será devolvida ao beneficiário para o devido retorno ao dentista.
  18. O BC Saúde poderá cobrir a colocação de aparelho de contenção e até seis sessões de manutenção.
  19. A proposta orçamentária ortodôntica pressupõe a assunção de responsabilidade do profissional quanto ao cumprimento do plano terapêutico e ao resultado previsto.
  20. A cobertura do BC Saúde para tratamento ortodôntico com alinhadores ocorrerá apenas uma vez. Não haverá cobertura para a reposição de peças ou de aparelhos danificados, quebrados ou perdidos. Os alinhadores ortodônticos só serão cobertos na modalidade de adiantamento e somente serão autorizados para beneficiários com 16 (dezesesseis) anos completos ou mais.
  21. Serão cobertos alinhadores ortodônticos de qualquer marca comercial, desde que possuam registro na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).
  22. Os valores relativos a alinhadores ortodônticos cobertos pelo BC Saúde compreendem todos os custos envolvidos, incluindo as entregas de moldeiras, contenção e as manutenções necessárias, as quais não poderão ser cobradas separadamente.

## IX.97–Periodontia

Estrutura	Descrição	Valor
97.01.0006	Placa de mordida miorelaxante	441,75
97.01.0014	Ajuste oclusal (sessão)	60,35
97.01.0022	Cirurgia periodontal a retalho, com ou sem osteoplastia (por segmento)	240,27
97.01.0030	Cirurgia periodontal a retalho, com ou sem osteoplastia (até três elementos)	165,70
97.01.0049	Dessensibilização dentinária (por hemiarcada ou canino a canino)	41,57
97.01.0057	Enxerto livre de gengiva	255,19
97.01.0073	Imobilização dentária (esplintagem – até três elementos)	123,24
97.01.0081	Modelos de estudo (par)	41,57
97.01.0162	Gengivectomia/gengivoplastia (por segmento)	168,87
97.01.0189	Operação de cunha distal	136,84
97.01.0197	Tratamento de processo agudo (abscesso periodontal, guna, gengivoestomatite herpética etc.)	90,86
97.01.0200	Enxerto gengival pediculado ou retalho deslizante apical	214,04
97.01.0219	Tratamento não cirúrgico da periodontite leve (por área ou segmento)	62,38
97.01.0227	Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada (por área ou segmento)	81,22
97.01.0235	Tratamento regenerativo com uso de barreira ou enxerto ósseo (incluída a área doadora) ou material enxertante (incluído biomateriais)	493,79
97.01.0243	Odontossecção	154,10
97.01.0251	Enxerto conjuntivo subepitelial	238,45
97.01.0260	Aumento de coroa clínica	131,81
97.01.0278	Laserterapia de baixa intensidade	62,68

- Os tratamentos periodontais serão cobertos para beneficiários com idade igual ou superior a 14 anos. Para beneficiários menores de 14 anos, é necessário apresentar justificativa técnica e foto que comprove a necessidade do tratamento.
- Nas intervenções cirúrgicas de periodontia já estão incluídos, no valor de reembolso, a troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós-operatórios.
- O procedimento de gengivectomia/gengivoplastia só será coberto quando não houver outro tipo de cirurgia na mesma área ou segmento. Esses procedimentos não podem ser cobertos isoladamente por elemento dentário.
- Os tratamentos não cirúrgicos da periodontite leve e avançada só são cobertos quando realizados por periodontistas. Nos valores desses procedimentos já estão incluídos a profilaxia, o controle da placa bacteriana e o tratamento da gengivite, que não poderão ser reembolsados concomitantemente.
- Para reembolso do tratamento não cirúrgico da periodontite leve, é necessário encaminhamento de fotos prévias e posteriores ao serviço executado. Não serão reembolsados códigos de periodontia para tratamentos profiláticos, os quais seguem as codificações e as orientações previstas no capítulo III-91.
- Para reembolso do tratamento não cirúrgico da periodontite avançada deve ser apresentado periograma especificando a enumeração, a localização e a extensão das bolsas periodontais.

7. Beneficiários com periodontite avançada (caracterizada por bolsas periodontais que ultrapassam 4,5 milímetros de profundidade) somente terão direito a reembolso de tratamentos protéticos se for apresentado parecer favorável, por escrito, de periodontista.
8. Não há cobertura do tratamento não cirúrgico da periodontite quando realizado juntamente com tratamento cirúrgico no mesmo segmento.
9. A cirurgia periodontal somente será reembolsada após a realização de perícia final do tratamento não cirúrgico da periodontite avançada, sendo obrigatória a apresentação do periograma ao BC Saúde.
10. Para cobertura do tratamento de processo agudo (código 97.01.0197) realizado em sessão única, é obrigatória a apresentação de relatório em que conste a explicitação dos elementos envolvidos e o diagnóstico.
11. O tratamento não cirúrgico da periodontite leve ou avançada (códigos 97.01.0219 e 97.01.0227, respectivamente) serão cobertos com intervalo mínimo (prazo intervalar) de seis meses, contado a partir da data do tratamento anterior. Em situações excepcionais, mediante autorização prévia e apresentação de relatório circunstanciado, a critério do BC Saúde, esse prazo poderá ser reduzido para três meses.
12. O procedimento de aumento da coroa clínica (código 97.01.0260) deverá ser comprovado com o envio de radiografias iniciais e finais.
13. O tratamento de lesão de furca será coberto como tratamento não cirúrgico da periodontite avançada (código 97.01.0227).
14. O procedimento de amputação radicular encontra-se no Capítulo VII. 95 – Cirurgia desta tabela e poderá ser realizado, também, por periodontista.
15. O procedimento cunhal distal (código 97.01.0189) não será coberto quando houver indicação de cirurgia para o mesmo local (segmento).
16. Nos tratamentos de gengivectomia (código 97.01.0162), deverá ser especificado, claramente, o segmento envolvido. Os procedimentos de tratamento não cirúrgico de periodontite (códigos 97.01.0219 e 97.01.0227) e de cirurgia periodontal a retalho (códigos 97.01.0022 e 97.01.0030) estão incluídos na gengivectomia e não serão reembolsados juntamente com o código 97.01.0162.
17. O procedimento de odontossecação (código 97.01.0243) não será coberto para elementos dentários com indicação de exodontia (códigos 95.01.0173, 95.01.0149, 95.01.0416 e 95.01.0424).
18. Para cobertura do procedimento de ajuste oclusal (código 97.01.0014), devem ser especificados os dentes envolvidos para o desgaste seletivo (odontograma ou indicação dos dentes em relatório).
19. O tratamento regenerativo com uso de barreira ou enxerto ósseo (incluída área doadora) ou material enxertante (incluídos biomateriais), código 97.01.0235, somente será coberto para correção de problemas periodontais visando à manutenção do(s) elemento(s) dentário(s) envolvido(s). O evento não será coberto quando solicitado para dentes com indicação de exodontia (códigos 95.01.0173, 95.01.0149, 95.01.0416 e 95.01.0424), cirurgias periodontais (códigos 97.01.0022 e 97.01.0030) e enxerto ósseo, pois já estão inclusos no tratamento. A realização de tratamento regenerativo deverá ser autorizada previamente pelo BC Saúde, mediante apresentação de justificativa técnica e radiografia.
20. Aos procedimentos de enxerto conjuntivo subepitelial, enxerto gengival pediculado e enxerto livre de gengiva (códigos 97.01.0251, 97.01.0200 e 97.01.0057, respectivamente) são aplicadas as seguintes regras de cobertura:
  - a) não serão cobertos quando houver cirurgias para o mesmo segmento;
  - b) poderão ser cobertos para o tratamento das recessões gengivais, com exposição da superfície radicular e correção de tratamento da recessão, bem como para fenestração peri-implantar em implantes dentários, para o segmento a ser tratado, incluindo a área doadora; e
  - c) não serão reembolsados se solicitados concomitantemente ou cumulativamente com exodontias (códigos 95.01.0173, 95.01.0149, 95.01.0416 e 95.01.0424).
21. Nos casos de procedimentos que envolvam até cinco elementos de uma mesma arcada, considera-se como sendo um único segmento para fins de cobertura.

- 
22. Nos tratamentos de periodontia, é necessária a indicação, em odontograma ou em relatório, dos dentes ausentes.
  23. A placa de mordida miorelaxante (código 97.01.0006) só será coberta se confeccionada em acrílico rígido. Não há cobertura para placas em silicone.
  24. O tratamento de laserterapia de baixa intensidade pode ser realizado por qualquer especialidade e é indicado para regeneração de lesões, cicatrização de tecidos e tratamento de mucosite oral não relacionada a diagnóstico de câncer em região de cabeça e pescoço e hematopoiético
  25. A cobertura de laserterapia de baixa intensidade está limitada a 10 (dez) sessões e é condicionada à realização de perícia.

## X. 98 – Prótese

Estrutura	Descrição	Valor
98.01.0018	Prótese fixa adesiva indireta em metalocerâmica (três elementos)	1.293,86
98.01.0026	Prótese fixa adesiva indireta em metaloplástica (três elementos)	1.012,44
98.01.0034	Elemento de prótese fixa com base em coroa total ou Veneer	603,16
98.01.0042	Elemento de prótese fixa com base comum MOD ou 4/5	562,70
98.01.0093	Elemento de prótese fixa em metalocerâmica (metal não precioso)	1.058,92
98.01.0107	Elemento de prótese fixa provisório	168,47
98.01.0115	Elemento de prótese fixa em metal	631,27
98.01.0131	Ponto de solda	153,62
98.01.0140	Recolocação de trabalhos protéticos	53,86
98.01.0158	Remoção de trabalhos protéticos fixos	58,97
98.01.1120	Prótese fixa adesiva direta (segmento – auxílio)	193,87
98.02.0030	Coroa de jaqueta em cerâmica pura (porcelana)	880,30
98.02.0072	Coroa em metalocerâmica	850,94
98.02.0099	Coroa provisória	107,80
98.02.0129	Coroa Veneer (metal não precioso)	577,89
98.02.0226	Núcleo metálico	239,23
98.02.0242	<i>Inlay-Onlay</i> em resina	675,52
98.02.0250	Faceta em porcelana	731,17
98.02.0269	<i>Inlay-Onlay</i> em porcelana	863,04
98.02.1095	Coroa provisória para RMF ou coroas total, 4/5 ou 3/4 (auxílio)	97,76
98.02.1109	Coroa total, 4/5 ou 3/4 (auxílio)	409,01
98.02.1176	Restauração metálica fundida (auxílio)	373,11
98.02.1184	Núcleo em fibra de vidro	269,54
98.02.1192	Núcleo pré-fabricado	160,04
98.03.1104	Prótese parcial removível com grampos (metal não precioso – auxílio)	1.365,60
98.04.0014	Prótese parcial removível de encaixe ou <i>attachment</i>	1.500,14
98.04.0049	Prótese parcial removível com grampos (metal não precioso, com dentes importados)	1.628,88
98.04.0057	Prótese parcial removível de encaixe ou <i>attachment</i> (com dentes importados)	1.676,62
98.04.0065	Loja para encaixe e <i>attachment</i> (cada conjunto)	580,67
98.04.1070	Prótese parcial provisória (auxílio)	380,60
98.05.0044	Prótese total superior caracterizada	1.941,35
98.05.0052	Prótese total inferior caracterizada	1.941,35
98.05.1016	Conserto de prótese total/parcial, inclusive substituição de dentes-auxílio	128,03
98.05.1024	Prótese total superior (dentadura) – auxílio	1.536,30
98.05.1032	Prótese total inferior (dentadura) – auxílio	1.536,30


98.05.1067	Prótese total imediata (dentadura) – auxílio	896,17
98.05.1075	Reembasamento de prótese total ou parcial (em laboratório)	259,52
98.06.0015	Reembasamento e reparo de coroas provisórias	61,77
98.06.0023	Coroa provisória em resina prensada	285,42
98.06.0066	Planejamento em prótese (par de modelos de estudo, montagem em articulador semiajustável – três ou mais elementos)	153,49

1. Procedimentos de prótese serão cobertos com intervalo mínimo (prazo intercalar) de três anos.
2. A cobertura de procedimentos protéticos, incluindo núcleos, estará condicionada à apresentação das radiografias posteriores à colocação (finais).
3. O BC Saúde não cobre a colocação de próteses, sua troca ou remoção por razões estéticas.
4. Beneficiários com periodontite avançada (caracterizada por bolsas periodontais que ultrapassam 4,5 milímetros de profundidade) somente terão direito a reembolso de tratamentos protéticos se for apresentado parecer favorável, por escrito, de periodontista.
5. Os procedimentos protéticos já incluem ajuste oclusal, que não poderá ser reembolsado de forma cumulativa.
6. Os procedimentos de recolocação e de remoção de trabalhos protéticos (códigos 98.01.0140 e 98.01.0158) somente serão cobertos para os dentes pilares envolvidos. Não há cobertura dos códigos mencionados para elementos suspensos em prótese fixa.
7. O procedimento de reembasamento e de reparo de coroas provisórias (código 98.06.0015) só será coberto quando houver a confecção de núcleo metálico fundido ou pré-fabricado.
8. Todos os procedimentos de prótese incluem o valor do protético e do laboratório de prótese, sendo vedado o reembolso de qualquer honorário ou outro custo referente a tais despesas.
9. Facetas serão cobertas apenas para o segmento anterior (canino a canino).

## XI. 9807 – Radiologia

Estrutura	Descrição	Valor
98.07.0002	Radiografia de mão e punho (carpal)	73,12
98.07.0010	Periapical	14,64
98.07.0029	Interproximal	14,64
98.07.0037	Oclusal	34,93
98.07.0100	Panorâmica	72,81
98.07.0126	Radiografia ATM (série completa – três incidências)	170,38
98.07.0142	Telerradiografia/cefalométrica sem traçado	65,53
98.07.0169	Telerradiografia/cefalométrica com traçado	81,59
98.07.0304	Mapeamento para implante	30,63
98.07.0509	Tomografia computadorizada (um elemento)	120,01
98.07.0517	Tomografia computadorizada (um segmento)	231,12
98.07.0525	Tomografia computadorizada (dois segmentos)	319,70
98.07.0533	Tomografia computadorizada (três segmentos)	391,03
98.07.0541	Tomografia computadorizada (quatro segmentos)	468,12
98.07.0550	Tomografia computadorizada (cinco segmentos ou total)	546,57
98.07.0576	Tomografia computadorizada para ATM (bilateral)	222,19
98.07.0606	<i>Kit</i> ortodôntico ( <i>slide</i> – unidade)	10,29
98.07.0614	<i>Kit</i> ortodôntico (modelo superior e inferior)	61,90
98.07.0622	<i>Kit</i> ortodôntico (pasta)	19,14
98.07.0649	<i>Kit</i> ortodôntico (completo)	300,78
98.07.0657	<i>Kit</i> ortodôntico (foto – unidade)	14,76
98.07.0665	Radiografia póstero-anterior	66,34
98.07.0800	Escaneamento intraoral (ambas as arcadas)	104,46

1. Não serão cobertas radiografias com erros grosseiros de angulação ou de processamento que não permitam visualização adequada da área de interesse, radiografias tomadas em películas seccionadas, exceto para odontopediatria, e radiografias não acondicionadas em cartelas, sem identificação e data de realização.
2. Não serão cobertas radiografias panorâmicas e cefalométricas para diagnóstico endodôntico, restaurador e protético.
3. Fotografias odontológicas são cobertas nos casos de tratamento ortodôntico. Seu custo já está incluído no evento *kit* ortodôntico completo (codificação 98.07.0649), que abrange, além dos demais documentos, até duas fotos. Fotografias avulsas podem ser cobertas pelo evento *kit* ortodôntico foto-unidade (codificação 98.07.0657), limitada a oito fotos.
4. O *kit* ortodôntico completo (codificação 98.07.0649) inclui o custo de radiografia panorâmica, telerradiografia com traçado, análise cefalométrica, par de modelos de estudo, duas fotos extrabucais, laudo e ficha clínica.
5. No caso de tomografia de apenas um elemento em cada arcada, será reembolsado duas vezes o código de tomografia computadorizada – um elemento (codificação 98.07.0509).
6. O evento tomografia computadorizada para ATM (código 98.07.0576) abrange o custo da tomada bilateral (direita e esquerda).

- 
7. O escaneamento digital intraoral será coberto exclusivamente para tratamento ortodôntico com alinhadores.
  8. A radiografia de mão e punho (carpal) para avaliação do crescimento ósseo e do grau de maturação somente será coberta para beneficiários até 16 (dezesseis) anos.

## XII. 9808 – Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial

Estrutura	Descrição	Valor
98.08.0008	Tratamento das desordens da ATM e dor orofacial (nível 1)	1.315,95
98.08.0105	Tratamento das desordens da ATM e dor orofacial (nível 2)	1.756,59
98.08.0300	Sessão de manutenção mensal (tratamento da ATM)	142,24

1. A disfunção de nível 1 abrange desordens nos músculos da mastigação e da região do pescoço, tais como mialgias, miosite, mioespaismos e contratura muscular, com previsão de reequilíbrio articular em curto prazo. O código 98.08.0008 abrange o custeio de tratamento farmacológico, infiltrações com anestésicos, corticoides, placas miorreaxantes, placas de reposicionamento mandibular, placas de reposição anterior, ajustes oclusais e fisioterapia. Já estão incluídas as sessões do mês de início do tratamento.
2. A disfunção de nível 2 abrange desordens da articulação, tais como artropatias, deslocamento ou luxação do disco articular, sinovites, capsulites, retrodiscites, artrite reumática, infecciosa, traumática, ou disfunção da ATM em pacientes com síndromes dolorosas, como artrite reumatoide, síndrome dolorosa miofacial e fibromialgia e síndrome de Sjögrens, com previsão indeterminada de reequilíbrio articular. O código 98.08.0105 abrange o custeio dos tratamentos cobertos pela disfunção de nível 1 (código 98.08.0008), acrescido de aplicação de *laser*. Já estão incluídas as sessões do mês de início do tratamento.
3. Poderão ser cobertas até seis sessões de manutenção mensal por tratamento de disfunção realizado, que não poderão ser reembolsadas em conjunto com consulta odontológica.
4. Os tratamentos de ATM e de dor orofacial que se resumirem à colocação de placas miorreaxantes serão reembolsados pelo código 97.01.0006 (placa de mordida miorreaxante).

## XIII. 9809 – Implantodontia

Estrutura	Descrição	Valor
98.09.0011	Prótese sobre implante em metalocerâmica (por elemento, incluindo componentes intermediários)	1.601,04
98.09.0020	Prótese sobre implante em metaloplástica (por elemento, incluindo componentes intermediários)	1.385,76
98.09.0038	Elemento de prótese provisória em implantes	250,62
98.09.0046	Protocolo sobre implante inferior	8.151,82
98.09.0054	Protocolo sobre implante superior	11.750,47
98.09.0070	Dentadura sobre implante (superior ou inferior), total, definitiva com dentes de acrílico (incluindo conexões)	2.211,38
98.09.0089	Dentadura sobre implante (superior ou inferior), total, definitiva com dentes importados (incluindo conexões)	2.358,75
98.09.0097	Barra para união de implantes-sistema barra-clip/ <i>oring</i>	831,53
98.09.0119	Implante osseointegrado (titânio)	1.469,61
98.09.0135	Reabertura de implante (2ª fase), por elemento	60,00
98.09.0143	Reabertura de implante (2ª fase), por segmento	179,01
98.09.0208	Enxerto ósseo por segmento	1.581,71
98.09.0216	Reconstrução óssea com levantamento de seio	1.581,71
98.09.0224	Enxerto ósseo por dente	1.352,73
98.09.0232	Prótese total imediata	777,68
98.09.0348	Reembasamento de prótese total imediata	225,20
98.09.0356	Prótese parcial provisória	326,69
98.09.0364	Remoção cirúrgica de implante	262,36
98.09.0372	Guia cirúrgico para implantes	238,82
98.09.0380	Remoção de prótese sobre implante	44,19
98.09.0399	Mini-implante para ortodontia	515,94
98.09.0402	Remoção de mini-implante	132,69
98.09.0410	Provisório para protocolo sobre implante	1.031,87
98.09.0429	Manutenção de protocolo	368,56
98.09.0437	Elemento de prótese fixa metalocerâmica ou elemento suspenso	918,90
98.09.0445	Elemento de prótese fixa metaloplástica ou elemento suspenso	536,02
98.09.0453	Manutenção da prótese sobre implante por elemento	73,69

1. O BC Saúde cobre implantes osteointegrados desde que os componentes do sistema utilizado possuam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
2. Na perícia inicial da fase cirúrgica para colocação do implante, além do orçamento e das radiografias, será exigida a declaração de consentimento livre e esclarecido, devidamente assinada pelo beneficiário, na qual deverá constar laudo detalhado, plano de tratamento, prognóstico, indicação, riscos, condições e cuidados de manutenção e importância do acompanhamento para êxito do implante. No caso de beneficiário menor de idade, a declaração de consentimento livre e esclarecido deverá ser assinada por seu responsável.
3. O prazo intervalar para cobertura de colocação de implantes é de cinco anos e para os trabalhos de prótese sobre implante é de 3 (três) anos. São de inteira responsabilidade do profissional especialista contratado pelo beneficiário a avaliação das condições que indiquem a realização de implantes e o respeito ao protocolo de

instalação.

4. Não haverá cobertura para práticas relacionadas a implantes que não sejam regulamentadas. Em caso de insucesso, não serão aceitas alegações fundamentadas em rejeição biológica, orgânica, de ordem de saúde geral ou de espessura, altura ou textura óssea, devendo ser observado o prazo intercalar vigente para nova cobertura de implantes.
5. No valor de reembolso do implante, estão incluídos honorários da equipe cirúrgica, bem como todos os procedimentos e materiais necessários ao ato cirúrgico. Portanto, não é permitido o reembolso de procedimento cirúrgico periodontal (códigos 97.01.0022, 97.01.0030, 97.01.0162, 97.01.0057, 97.01.0197, 97.01.0200, 97.01.0235 e 97.01.0251) concomitantemente com o implante.
6. No valor de reembolso das próteses sobre implante, já estão contemplados todos os componentes protéticos e de moldagem necessários à realização do trabalho. Para prótese sobre implante parafusada, não será permitido o reembolso concomitante de códigos de dentística (restaurações) para o fechamento oclusal.
7. O elemento suspenso ou o elemento fixo que não estiver assentado sobre implante não será reembolsado como prótese sobre implante (código 98.09.0011 ou 98.09.0020), mas sim como elemento de prótese fixa (código 98.09.0437 ou 98.09.0445).
8. Os códigos para enxerto ósseo relacionados à implantodontia (98.09.0208, 98.09.0216 e 98.09.0224) serão reembolsados exclusivamente para finalidade de instalação de implante dentário, quando realizados por profissionais da referida especialidade.
9. Os códigos relacionados a enxerto ósseo (98.09.0208, 98.09.0216 e 98.09.0224) não poderão ser reembolsados concomitantemente. No valor dos códigos mencionados, já estão incluídos todos os materiais necessários para a realização do enxerto:
  - a) no valor do procedimento de enxerto ósseo por segmento (código 98.09.0208), já estão incluídos, para as áreas doadora e receptora, os seguintes materiais: regeneração óssea guiada (ROG), biomateriais, membranas, enxertos ósseos autógenos, alógenos e xenógenos e enxertos aloplásticos;
  - b) no valor do procedimento de reconstrução óssea com levantamento de seio maxilar (código 98.09.0216), reembolsado por segmento, já estão incluídos, para as áreas doadora e receptora, os seguintes materiais: levantamento do seio maxilar (LSM) e biomateriais, membranas, enxertos ósseos autógenos, alógenos e xenógenos;
  - c) no valor do procedimento de enxerto ósseo por dente (código 98.09.0224), já estão incluídos, para as áreas doadora e receptora, os seguintes materiais: biomateriais, membranas, enxertos ósseos autógenos, alógenos e xenógenos.
10. Caso o procedimento de enxerto ósseo por segmento (código 98.09.0208) seja realizado em até quatro elementos contíguos em segmentos diferentes (exemplo: dentes 22/23/24/25), somente será reembolsado o valor do código uma vez para a região correspondente.
11. No valor de reembolso do protocolo (códigos 98.09.0046 e 98.09.0054), já estão incluídos todos os componentes protéticos, barra e soldas, resinas para fechamento dos orifícios, bem como a confecção e os ajustes necessários da prótese.
12. Para reembolso de manutenção da prótese sobre implante por elemento (código 98.09.0453), é necessário indicar em qual elemento foi realizada a revisão, que abrange a retirada do implante, a sua higienização e a verificação de sua fixação.
13. Não há reembolso de manutenção da prótese sobre implante por elemento (código 98.09.0453) para prótese não fixada diretamente em implante, o que inclui elementos suspensos. Próteses não relacionadas a implante são reembolsadas exclusivamente pelos códigos previstos na seção X. 98 – Prótese.
14. Para reembolso da fase cirúrgica de implantes, deverá ser apresentada a Guia de Tratamento Odontológico (GTO), as radiografias iniciais e finais, bem como a(s) etiqueta(s) de identificação do implante e do enxerto utilizado.

# Tratamentos especiais

Estrutura	Descrição	Valor
3.02.02.159	Laserterapia para o tratamento da mucosite oral / orofaringe, por sessão. Laserterapia de baixa intensidade para prevenção e tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer em região de cabeça e pescoço, por sessão. Laserterapia de baixa intensidade para prevenção e tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer hematopoiético quando a proposta terapêutica for o transplante de medula óssea, por sessão. Laserterapia de baixa intensidade para tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer hematopoiético, por sessão.	150,64

1. Para fins de cobertura, o profissional deverá ser habilitado para uso de *laser* e de laserterapia em pacientes oncológicos, bem como ser preferencialmente especialista em estomatologia.
2. Para reembolso, é necessário apresentar relatório médico circunstanciado indicando a necessidade do tratamento e a quantidade de sessões de *laser*.

# Imperativo clínico

1. Imperativo clínico é a situação em que um procedimento odontológico, realizado normalmente em consultório, precisa ser executado em hospital em razão da condição clínica do beneficiário ou de necessidade, devidamente justificada, com vistas a diminuir eventuais riscos decorrentes da intervenção, conforme declaração do médico ou odontólogo assistente.
2. No caso de imperativo clínico, será garantida a cobertura de despesas hospitalares para realização dos procedimentos odontológicos, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação durante o período de internação.
3. A cobertura dos honorários dos profissionais dentistas envolvidos será conforme regra vigente, que permite o acréscimo de até 70% (setenta por cento) do valor da tabela odontológica para o cirurgião-dentista, cabendo ao instrumentador e ao auxiliar odontológico um acréscimo de 10% (dez por cento) e de 30% (trinta por cento), respectivamente.
4. Os procedimentos odontológicos cobertos pelo BC Saúde já consideram, em sua precificação, o custo de materiais envolvidos para sua realização. Portanto, o programa não cobre materiais especiais (órteses, próteses ou materiais especiais – OPME) para eventos presentes nesta tabela odontológica, inclusive no caso de imperativo clínico.
5. O imperativo clínico deve ser previamente autorizado e somente serão aceitos códigos presentes nesta tabela odontológica. Para autorização, é necessário apresentar plano de tratamento e respectivo orçamento contendo os códigos TUSS da segmentação odontológica para cada procedimento acompanhado dos exames complementares, laudos e justificativas técnicas para caracterização da situação de imperativo clínico.

## Requisitos para autorização:

1. Será assegurada a cobertura do evento somente mediante autorização prévia pelo BC Saúde;
2. Somente serão cobertos códigos de odontologia;
3. É necessário o envio prévio do orçamento, acompanhado dos exames complementares, laudos e justificativas técnicas para caracterização da situação de imperativo clínico; e
4. É vedada a cobertura de órteses, próteses ou materiais especiais (OPME) para eventos de tal natureza.

Referência normativa sobre imperativo clínico e cobertura de plano odontológico:  
Resolução Normativa ANS nº 465, de 24 de fevereiro de 2021.

# Cirurgias Bucomaxilofacial

1. Trata-se de procedimentos de cirurgia e de traumatologia bucomaxilofacial listados no rol da ANS para a segmentação hospitalar, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico, utilizados durante o período de internação hospitalar.

## Requisitos para autorização:

1. Será assegurada a cobertura do evento somente mediante autorização prévia pelo BC Saúde;
2. Deverá ser apresentado relatório circunstanciado elaborado pelo cirurgião assistente, contendo justificativa técnica, diagnóstico, prognóstico, técnica cirúrgica a ser utilizada e relação de órteses, próteses e materiais especiais (OPME);
3. Os honorários serão cobertos conforme a tabela médica vigente; e
4. Deverá ser apresentada ao BC Saúde a documentação radiográfica legível, com laudo. Sempre que possível, deverá ser enviado o arquivo eletrônico fornecido pela clínica radiológica em formato DICOM ou PDF.

# Anexo I

## Procedimentos odontológicos cobertos

### 1. Atendimento inicial (códigos 90)

Código	Descrição	Prazo Intervalar	Modalidade
90.01.0019	Consulta inicial – clínica geral ou dentística	Não há	Auxílio
90.01.0213	Consulta inicial – odontopediatria	Não há	Auxílio
90.01.0221	Consulta inicial – endodontia	Não há	Auxílio
90.01.0230	Consulta inicial – cirurgia	Não há	Auxílio
90.01.0248	Consulta inicial – ortodontia	Não há	Auxílio
90.01.0256	Consulta inicial – periodontia	Não há	Auxílio
90.01.0264	Consulta inicial – prótese	Não há	Auxílio
90.01.0272	Consulta inicial – DTM	Não há	Auxílio
90.01.0280	Consulta inicial – implantodontia	Não há	Auxílio
90.01.0205	Falta à consulta	Não há	Auxílio
90.01.0035	Atendimento de emergência: noturno, em finais de semana ou em feriados	180 dias	Auxílio
90.01.0043	Perícia odontológica inicial	Não há	Auxílio
90.01.0051	Perícia odontológica final	Não há	Auxílio
90.01.0108	Perícia odontológica aleatória	Não há	Auxílio

### 2. Prevenção (códigos 91)

Código	Descrição	Prazo Intervalar	Modalidade
91.01.0012	Profilaxia: polimento coronário (quatro hemiarçadas)	180 dias	Auxílio
91.01.0020	Aplicação tópica de flúor	180 dias	Auxílio
91.01.0039	Aplicação de cariostático (quatro hemiarçadas)	1 evento por vida	Auxílio
91.01.0055	Remineralização de esmalte (por sessão)	4 por ano	Auxílio
91.01.0080	Controle de placa bacteriana e orientação de higiene bucal	180 dias	Auxílio
91.01.0096	Tratamento da gengivite (quatro hemiacadas)	180 dias	Auxílio

### 3. Odontopediatria (códigos 92)

Código	Descrição	Prazo Intervalar	Modalidade
92.01.0016	Tratamento endodôntico em dentes decíduos	1 evento por vida, por dente	Auxílio
92.01.0024	Pulpotomia	1 evento por vida, por dente	Auxílio
92.01.0024	Coroa de aço ou policarbonato para dentes decíduos	1 evento por vida, por dente	Auxílio
92.01.0059	Exodontia de dentes decíduos	1 evento por vida, por dente	Auxílio
92.01.0083	Condicionamento em odontopediatria	2 sessões a cada 180 dias	Auxílio
92.01.0113	Aplicação de verniz de flúor (quatro hemiarçadas)	180 dias	Auxílio
92.01.0121	Adequação do meio bucal com IRM (por hemiarçada)	1 evento por vida, por hemiarçada	Auxílio
92.01.0130	Adequação do meio bucal com ionômero de vidro (por hemiarçada)	1 evento por vida, por hemiarçada	Auxílio
92.01.0148	Aplicação de selante (por elemento hígido)	1 evento por ano	Auxílio
92.01.0504	Mantenedor de espaço	2 eventos por vida, por arcada	Auxílio

#### 4. Dentística restauradora (códigos 93)

Código	Descrição	Prazo Intervalar	Modalidade
93.01.0010	Restauração com amálgama (uma face)	730 dias	Auxílio
93.01.0028	Restauração com amálgama (duas faces)	730 dias	Auxílio
93.01.0036	Restauração com amálgama classe II (três faces)	730 dias	Auxílio
93.01.0230	Restauração com amálgama (quatro faces)	730 dias	Auxílio
93.01.0060	Restauração com resina fotoativada classe III (mesial)	730 dias	Auxílio
93.01.0079	Restauração com resina fotoativada classe IV (mesial)	730 dias	Auxílio
93.01.0087	Restauração com resina fotoativada (bordo incisal)	730 dias	Auxílio
93.01.0095	Restauração com resina fotopolimerizável (uma face, posterior)	730 dias	Auxílio
93.01.0109	Restauração com resina fotopolimerizável (duas faces, posterior)	730 dias	Auxílio
93.01.0117	Restauração com resina fotopolimerizável (três faces, posterior)	730 dias	Auxílio
93.01.0249	Restauração com resina fotopolimerizável (quatro faces, posterior)	730 dias	Auxílio
93.01.0125	Capecamento pulpar	1 evento por vida, por dente	Auxílio
93.01.0168	Restauração com ionômero de vidro	730 dias	Auxílio
93.01.0176	Restauração com faceta de resina fotopolimerizável	730 dias	Auxílio
93.01.0184	Restauração com resina fotoativada classe V (vestibular)	730 dias	Auxílio
93.01.0192	Restauração com resina fotoativada classe V (palatina ou lingual)	730 dias	Auxílio
93.01.0206	Restauração com resina fotoativada classe III (distal)	730 dias	Auxílio
93.01.0214	Restauração com resina fotoativada classe IV (distal)	730 dias	Auxílio
93.01.0222	Núcleo de preenchimento	1095 dias	Auxílio

#### 5. Endodontia (códigos 94)

Código	Descrição	Prazo Intervalar	Modalidade
94.01.0005	Urgência endodôntica	Não há	Auxílio
94.01.0013	Pulpectomia (sem continuação do tratamento)	1 evento por vida, por dente	Auxílio
94.01.0021	Pulpotomia	1 evento por vida, por dente	Auxílio
94.01.0030	Clareamento e branqueamento (recromia) (por dente)	730 dias	Auxílio
94.01.0048	Remoção de núcleo intrarradicular	1095 dias	Auxílio
94.01.0056	Retratamento (incisivo ou canino)	1095 dias	Auxílio
94.01.0064	Retratamento (pré-molar)	1095 dias	Auxílio
94.01.0072	Retratamento (molar)	1095 dias	Auxílio
94.01.0080	Tratamento endodôntico (incisivo ou canino)	1 evento por vida	Auxílio
94.01.0099	Tratamento endodôntico (pré-molar)	1 evento por vida	Auxílio
94.01.0102	Tratamento endodôntico (molar)	1 evento por vida	Auxílio
94.01.0153	Apicificação	4 eventos por vida	Auxílio
94.01.0200	Preparo para núcleo intrarradicular	1095 dias	Auxílio
94.01.0218	Tratamento de perfuração	1 evento por vida, por dente	Auxílio
94.01.0226	Tratamento de reabsorções de dentina interna e externa	1 evento por vida, por dente	Auxílio
94.01.0250	Remoção de corpo estranho	Não há	Auxílio
94.01.0269	Restauração temporária	2 eventos por vida, por dente	Auxílio

## 6. Cirurgias (códigos 95)

Código	Descrição	Prazo Intervalar	Modalidade
95.01.0017	Alveoloplastia (por hemiarcada ou canino a canino)	1 evento por vida, por hemiarcada ou segmento anterior	Auxílio
95.01.0025	Apicetomia multirradicular com ou sem obturação retrógada, incluindo curetagem periapical	1 evento por vida, por dente	Auxílio
95.01.0033	Apicetomia unirradicular, com ou sem obturação retrógada, incluindo curetagem periapical	1 evento por vida, por dente	Auxílio
95.01.0050	Remoção ou correção de bridas musculares	1 evento por vida, por arcada	Auxílio
95.01.0068	Correção de tórus palatino	1 evento por vida	Auxílio
95.01.0092	Drenagem de abscesso extraoral	730 dias	Auxílio
95.01.0106	Drenagem de abscesso intraoral	365 dias	Auxílio
95.01.0122	Remoção de cistos e de lesão benigna, inclusive biópsia excisional e/ou marsupialização	730 dias	Auxílio
95.01.0130	Excisão de rânula	730 dias	Auxílio
95.01.0149	Remoção de dentes inclusos ou impactados	1 evento por vida, por dente	Auxílio
95.01.0173	Exodontia de dente semi-incluso ou semi-impactado	1 evento por vida, por dente	Auxílio
95.01.0181	Tratamento cirúrgico de fístula buconasal ou buccossinusal com retalho	1 evento por vida, por hemiarcada superior	Auxílio
95.01.0190	Frenectomia lingual ou labial	1 evento por vida, por hemiarcada	Auxílio
95.01.0211	Exposição ou lançamento de dentes inclusos com finalidade ortodôntica	1 evento por vida, por dente	Auxílio
95.01.0246	Amputação radicular	1 evento por vida, por dente	Auxílio
95.01.0254	Reimplante de dentes avulsionados por causa traumática (esplintagem)	1 evento por vida, por dente	Auxílio
95.01.0262	Redução da tuberosidade (unilateral)	1 evento por vida, por hemiarcada	Auxílio
95.01.0270	Remoção de corpo estranho do seio maxilar	1 evento por vida, por hemiarcada superior	Auxílio
95.01.0289	Remoção de restos de raízes no seio maxilar	1 evento por vida, por hemiarcada superior	Auxílio
95.01.0297	Tratamento de alveolite (por sessão)	2 a cada 14 dias	Auxílio
95.01.0300	Sutura ferida na mucosa oral ou lábio	1095 dias	Auxílio
95.01.0327	Ulectomia	Não há	Auxílio
95.01.0335	Aprofundamento do vestibulo	Não há	Auxílio
95.01.0343	Biópsia excisional	6 eventos por vida	Auxílio
95.01.0351	Cirurgia de pericoronarite	1 evento por vida, por dente	Auxílio
95.01.0360	Cirurgia de osteoma e odontoma	Não há	Auxílio
95.01.0394	Ulotomia	Não há	Auxílio
95.01.0416	Exodontia de dente permanente, raiz residual ou resto radicular (com retalho)	1 evento por vida, por dente	Auxílio
95.01.0424	Exodontia de dente permanente, raiz residual ou resto radicular (sem retalho)	1 evento por vida, por dente	Auxílio
95.01.0467	Redução de fraturas alveolodentárias	1 evento por vida, por segmento	Auxílio
95.01.0475	Tratamento de hemorragia	6 eventos por vida	Auxílio
95.01.0505	Remoção de cálculo salivar via oral	6 eventos por vida	Auxílio
95.01.0513	Remoção de tórus mandibular (unilateral)	2 eventos por vida	Auxílio
95.01.0521	Remoção de tórus mandibular (bilateral)	1 evento por vida	Auxílio
95.01.0530	Excisão de glândula sublingual	2 eventos por vida	Auxílio
95.01.0548	Excisão de glândula submandibular	2 eventos por vida	Auxílio
95.01.0556	Excisão de glândula parótida	2 eventos por vida	Auxílio
95.01.0564	Excisão de tumor de glândula salivar	2 eventos por vida	Auxílio
95.01.0823	Guia cirúrgico para ortognática	1 evento por vida	Auxílio

## 7. Ortodontia e ortopedia funcional (códigos 96)

Código	Descrição	Prazo Intervalar	Modalidade
<b>Para beneficiários com 16 anos ou mais</b>			
96.01.0010	Aparelhos e placas de pequenos movimentos	Não há	Adiantamento
96.01.0029	Placa de expansão para mordida cruzada (arcada superior)	Não há	Adiantamento
96.01.0037	Manutenção mensal (tratamento preventivo)	10 sessões por vida	Adiantamento
96.02.0016	Tratamento ortodôntico total (duas arcadas)	1 evento por vida	Adiantamento
96.02.0024	Tratamento ortodôntico parcial (uma arcada)	1 evento por vida	Adiantamento
96.02.0032	Tratamento ortopédico (ortopedia funcional dos maxilares) classes I e II de <i>Angle</i> (aparelhos móveis)	1 evento por vida	Adiantamento
96.02.0040	Tratamento ortopédico (ortopedia funcional dos maxilares) classe III de <i>Angle</i> (aparelhos móveis)	1 evento por vida	Adiantamento
96.02.0059	Manutenção mensal (tratamento ortopédico)	24 eventos por vida	Adiantamento
96.02.0067	Manutenção mensal (tratamento ortodôntico total)	24 eventos por vida	Adiantamento
96.02.0075	Aparelho de contenção	1 evento por vida	Adiantamento
96.02.0083	Aparelho de contenção (par)	1 evento por vida	Adiantamento
96.02.0091	Manutenção mensal (aparelho de contenção)	6 eventos por vida	Adiantamento
96.02.0105	Manutenção mensal (tratamento ortodôntico parcial)	24 eventos por vida	Adiantamento
96.02.0121	Alinhadores ortodônticos (duas arcadas)	1 evento por vida	Adiantamento
<b>Para beneficiários menos de 16 anos</b>			
96.01.1017	Aparelhos e placas de pequenos movimentos	Não há	Auxílio
96.01.1025	Placa de expansão para mordida cruzada (arcada superior)	Não há	Auxílio
96.01.1033	Manutenção mensal (tratamento preventivo)	10 sessões por vida	Auxílio
96.02.1012	Tratamento ortodôntico total (duas arcadas)	1 evento por vida	Auxílio
96.02.1020	Tratamento ortodôntico parcial (uma arcada)	1 evento por vida	Auxílio
96.02.1039	Tratamento ortopédico (ortopedia funcional dos maxilares) classes I e II de <i>Angle</i> (aparelhos móveis)	1 evento por vida	Auxílio
96.02.1047	Tratamento ortopédico (ortopedia funcional dos maxilares) classe III de <i>Angle</i> (aparelhos móveis)	1 evento por vida	Auxílio
96.02.1055	Manutenção mensal (tratamento ortopédico)	24 eventos por vida	Auxílio
96.02.1063	Manutenção mensal (tratamento ortodôntico total)	24 eventos por vida	Auxílio
96.02.1071	Aparelho de contenção	1 evento por vida	Auxílio
96.02.1080	Aparelho de contenção (par)	1 evento por vida	Auxílio
96.02.1098	Manutenção mensal (aparelho de contenção)	6 eventos por vida	Auxílio
96.02.1101	Manutenção mensal (tratamento ortodôntico parcial)	24 eventos por vida	Auxílio

## 8. Periodontia (códigos 97)

Código	Descrição	Prazo Intervalar	Modalidade
97.01.0006	Placa de mordida miorelaxante	730 dias	Auxílio
97.01.0014	Ajuste oclusal (sessão)	365 dias	Auxílio
97.01.0022	Cirurgia periodontal a retalho, com ou sem osteoplastia (por segmento)	730 dias	Auxílio
97.01.0030	Cirurgia periodontal a retalho, com ou sem osteoplastia (até três elementos)	365 dias	Auxílio
97.01.0049	Dessensibilização dentinária (por hemiarcada ou canino a canino)	180 dias	Auxílio
97.01.0057	Enxerto livre de gengiva	730 dias	Auxílio
97.01.0073	Imobilização dentária (esplintagem – até três elementos)	365 dias	Auxílio
97.01.0081	Modelos de estudo (par)	365 dias	Auxílio
97.01.0162	Gengivectomia/gengivoplastia (por segmento)	730 dias	Auxílio
97.01.0189	Operação de cunha distal	1 evento por vida, por dente	Auxílio
97.01.0197	Tratamento de processo agudo (abscesso periodontal, gunga, gengivo-estomatite-herpética, etc.)	365 dias	Auxílio
97.01.0200	Enxerto gengival pediculado ou retalho deslizante apical	730 dias	Auxílio
97.01.0219	Tratamento não cirúrgico da periodontite leve (por área ou segmento)	180 dias	Auxílio
97.01.0227	Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada (por área ou segmento)	180 dias	Auxílio
97.01.0235	Tratamento regenerativo com uso de barreira ou enxerto ósseo (incluída a área doadora) ou material enxertante (incluídos biomateriais)	730 dias	Auxílio
97.01.0243	Odontossecção	1 evento por vida, por dente	Auxílio
97.01.0251	Enxerto conjuntivo subepitelial	730 dias	Auxílio
97.01.0260	Aumento de coroa clínica	1095 dias	Auxílio
97.01.0278	Laserterapia de baixa intensidade	Não há	Auxílio

## 9. Prótese (códigos 98)

Código	Descrição	Prazo Intervalar	Modalidade
98.01.0018	Prótese fixa adesiva indireta de metalocerâmica (três elementos)	1095 dias	Adiantamento
98.01.0026	Prótese fixa adesiva indireta de metaloplástica (três elementos)	1095 dias	Adiantamento
98.01.0034	Elemento de prótese fixa com base em coroa total ou Veneer	1095 dias	Adiantamento
98.01.0042	Elemento de prótese fixa com base comum MOD ou 4/5	1095 dias	Adiantamento
98.01.0093	Elemento de prótese fixa de metalocerâmica (metal não precioso)	1095 dias	Adiantamento
98.01.0107	Elemento de prótese fixa provisório	1095 dias	Adiantamento
98.01.0115	Elemento de prótese fixa de metal	1095 dias	Adiantamento
98.01.0131	Ponto de solda	1095 dias	Adiantamento
98.01.0140	Recolocação de trabalhos protéticos	1095 dias	Auxílio
98.01.0158	Remoção de trabalhos protéticos fixos	1095 dias	Adiantamento
98.01.1120	Prótese fixa adesiva direta (segmento)	1 evento por vida	Auxílio
98.02.0030	Coroa de jaqueta de cerâmica pura (porcelana)	1095 dias	Adiantamento
98.02.0072	Coroa de metalocerâmica	1095 dias	Adiantamento
98.02.0099	Coroa provisória	1095 dias	Adiantamento
98.02.0129	Coroa Veneer (metal não precioso)	1095 dias	Adiantamento
98.02.1095	Coroa provisória para RMF ou coroas total, 4/5 ou ¾	1095 dias	Auxílio
98.02.1109	Coroa total, 4/5 ou ¾	1095 dias	Auxílio
98.02.1176	Restauração metálica fundida	1095 dias	Auxílio
98.02.0226	Núcleo metálico	1095 dias	Adiantamento
98.02.1192	Núcleo pré-fabricado	1095 dias	Adiantamento
98.02.1184	Núcleo em fibra de vidro	1095 dias	Adiantamento
98.02.0242	Inlay/onlay de resina	1095 dias	Adiantamento
98.02.0250	Faceta de porcelana	1095 dias	Adiantamento
98.02.0269	Inlay/onlay de porcelana	1095 dias	Adiantamento
98.03.1104	Prótese parcial removível com grampos (metal não precioso)	1095 dias	Auxílio
98.04.0014	Prótese parcial removível de encaixe ou <i>attachment</i>	1095 dias	Adiantamento
98.04.0049	Prótese parcial removível com grampos (metal não precioso, com dentes importados)	1095 dias	Adiantamento
98.04.0057	Prótese parcial removível de encaixe ou <i>attachment</i> (com dentes importados)	1095 dias	Adiantamento
98.04.0065	Loja para encaixe e <i>attachment</i> (cada conjunto)	1095 dias	Adiantamento
98.04.1070	Prótese parcial provisória	730 dias	Auxílio
98.05.0044	Prótese total superior caracterizada	1095 dias	Adiantamento
98.05.0052	Prótese total inferior caracterizada	1095 dias	Adiantamento
98.05.1016	Conserto de prótese total/parcial, inclusive substituição de dentes	1 evento a cada 2 anos, por arcada	Auxílio
98.05.1024	Prótese total superior (dentadura)	1095 dias	Auxílio
98.05.1032	Prótese total inferior (dentadura)	1095 dias	Auxílio
98.05.1067	Prótese total imediata (dentadura)	1 evento por vida	Auxílio
98.05.1075	Reembasamento de prótese total ou parcial (em laboratório)	365 dias	Adiantamento
98.06.0015	Reembasamento e reparo de coroas provisórias	1 evento a cada 3 anos, por dente	Adiantamento
98.06.0023	Coroa provisória de resina prensada	1095 dias	Adiantamento
98.06.0066	Planejamento em prótese (par de modelos de estudo, montagem em articulador semiajustável – três ou mais segmentos)	180 dias	Adiantamento

## 10. Radiologia (códigos 98.07)

Código	Descrição	Prazo Intervalar	Modalidade
98.07.0002	Radiografia de mão e punho (carpal)	365 dias	Auxílio
98.07.0010	Periapical	365 dias	Auxílio
98.07.0029	Interproximal	365 dias	Auxílio
98.07.0037	Oclusal	365 dias	Auxílio
98.07.0100	Panorâmica	365 dias	Auxílio
98.07.0126	Radiografia ATM (série completa – três incidências)	365 dias	Auxílio
98.07.0142	Telerradiografia/cefalométrica sem traçado	365 dias	Auxílio
98.07.0169	Telerradiografia/cefalométrica sem traçado	365 dias	Auxílio
98.07.0665	Radiografia pósterio-anterior	365 dias	Auxílio
98.07.0304	Mapeamento para implante	365 dias	Auxílio
98.07.0509	Tomografia computadorizada (um elemento)	365 dias	Auxílio
98.07.0517	Tomografia computadorizada (um segmento)	365 dias	Auxílio
98.07.0525	Tomografia computadorizada (dois segmentos)	365 dias	Auxílio
98.07.0533	Tomografia computadorizada (três segmentos)	365 dias	Auxílio
98.07.0541	Tomografia computadorizada (quatro segmentos)	365 dias	Auxílio
98.07.0550	Tomografia computadorizada (cinco segmentos ou total)	365 dias	Auxílio
98.07.0576	Tomografia computadorizada para ATM	365 dias	Auxílio
98.07.0606	Kit ortodôntico ( <i>slide</i> – unidade)	365 dias	Auxílio
98.07.0614	Kit ortodôntico (modelo superior e inferior)	365 dias	Auxílio
98.07.0622	Kit ortodôntico (pasta)	365 dias	Auxílio
98.07.0649	Kit ortodôntico (completo)	365 dias	Auxílio
98.07.0657	Kit ortodôntico (foto – unidade)	Não há	Auxílio
98.07.0800	Escaneamento intraoral (ambas as arcadas)	1 evento por vida	Auxílio

## 11. Disfunção temporomandibular e dor orofacial (códigos 98.08)

Código	Descrição	Prazo Intervalar	Modalidade
98.08.0008	Tratamento das desordens da ATM e dor orofacial (nível 1)	1095 dias	Auxílio
98.08.0105	Tratamento das desordens da ATM e dor orofacial (nível 2)	1095 dias	Auxílio
98.08.0300	Sessão de manutenção mensal (tratamento da ATM)	6 sessões por vida, por nível	Auxílio

## 12. Implantodontia (códigos 98.09)

Código	Descrição	Prazo Intervalar	Modalidade
98.09.0011	Prótese sobre implante de metalocerâmica (por elemento, incluindo componentes intermediários)	1095 dias	Adiantamento
98.09.0020	Prótese sobre implante de metaloplástica (por elemento, incluindo componentes intermediários)	1095 dias	Adiantamento
98.09.0038	Prótese provisória em implantes	1095 dias	Adiantamento
98.09.0070	Dentadura sobre implante (superior ou inferior), total, definitiva com dentes de acrílico (incluindo conexões)	1095 dias	Adiantamento
98.09.0089	Dentadura sobre implante (superior ou inferior), total, definitiva com dentes importados (incluindo conexões)	1095 dias	Adiantamento
98.09.0046	Protocolo sobre implante inferior	1095 dias	Adiantamento
98.09.0054	Protocolo sobre implante superior	1095 dias	Adiantamento
98.09.0097	Barra para união de implantes- sistema barra – <i>clip/oring</i>	1095 dias	Adiantamento
98.09.0119	Implante osseointegrado (titânio)	1825 dias	Adiantamento
98.09.0135	Reabertura de implante (2ª fase), por elemento	6 eventos a cada 1095 dias	Adiantamento
98.09.0143	Reabertura de implante (2ª fase), por segmento	6 eventos a cada 1825 dias	Adiantamento
98.09.0208	Enxerto ósseo por segmento	1825 dias	Adiantamento
98.09.0216	Reconstrução óssea com levantamento de seio	1825 dias	Adiantamento
98.09.0224	Enxerto ósseo por dente	1825 dias	Adiantamento
98.09.0232	Prótese total imediata	1 evento por vida	Adiantamento
98.09.0348	Reembasamento de prótese total imediata	6 eventos por vida	Adiantamento
98.09.0356	Prótese total provisória	1095 dias	Adiantamento
98.09.0364	Remoção cirúrgica de implante	1 evento por vida, por implante	Adiantamento
98.09.0372	Guia cirúrgico para implantes	3 eventos por dia, por arcada	Adiantamento
98.09.0380	Remoção de prótese sobre implante	1095 dias	Adiantamento
98.09.0399	Mini-implante para ortodontia	8 eventos por vida	Adiantamento
98.09.0402	Remoção de mini-implante	8 eventos por vida	Adiantamento
98.09.0410	Provisório para protocolo sobre implante	1095 dias	Adiantamento
98.09.0429	Manutenção de protocolo	180 dias	Adiantamento
98.09.0437	Elemento de prótese fixa metalocerâmica ou elemento suspenso	1095 dias	Adiantamento
98.09.0445	Elemento de prótese fixa metaloplástica ou elemento suspenso	1095 dias	Adiantamento
98.09.0453	Manutenção da prótese sobre implante por elemento	180 dias	Adiantamento



**BCSaúde**

