

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
DIAGNÓSTICO										
81000030	Consulta odontológica	Sim	Sim	ASAI	Suspenso temporariamente	Não				Não necessita de autorização. Enviar GTO assinada pelo paciente para pagamento. Contempla Anamnese, preenchimento de guias, diagnóstico e plano de tratamento.
81000049	Consulta odontológica de urgência	Sim	Sim	ASAI		Não			X	Solicitar autorização via web/Central de autorização. Enviar Laudo, fotos ou RXI e/ou RXF para pagamento, caso o procedimento realizado assim o exigir (ex. pulpo-pulpectomia, reimplante dentário, etc.). Não é liberado para pacientes em tratamento, a menos que justificado em laudo. Descrever no campo Observação da GTO a justificativa do atendimento.
81000057	Consulta odontológica urgência 24hs(Noturna, Sábados, domingos, feriados)	Sim	Sim	ASAI		Não			X	Solicitar autorização via web/Central de autorização. Enviar Laudo, fotos ou RXI e/ou RXF para pagamento, caso o procedimento realizado assim o exigir (ex. pulpo-pulpectomia, reimplante dentário, etc.). A urgência noturna é utilizada apenas para as clínicas que trabalham em regime de Pronto Socorro ou 24 h e que estejam devidamente credenciadas para tal, ou ainda em locais que não possuam clínica e os credenciados sejam formalmente permitidos a realizar este atendimento. Descrever no campo Observação da GTO a justificativa do atendimento.
81000065	Consulta Odontológica Inicial	Sim	Sim	ASAI		Não				Não necessita de autorização. Enviar GTO assinada pelo paciente para pagamento. Contempla Anamnese, preenchimento de guias, diagnóstico e plano de tratamento.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
81000073	Consulta odontológica para avaliação técnica (uso exclusivo credenciados para auditoria)	Sim	Sim	ASAI	Suspenso temporariamente	Sim				O código de consulta odontológica para avaliação técnica é para uso exclusivo de dentistas credenciados para AUDITORIA.
81000111	Diagnóstico Anatopatológico Em Citologia Esfoliativa Na Região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
81000154	Diagnóstico Anatopatológico Em Peça Cirúrgica Na Região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
81000170	Diagnóstico Anatopatológico Em Punção Na Região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
81000189	Diagnóstico E Planejamento Para Tratamento Odontológico	Sim	Sim	ASAI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização.
81000197	Diagnóstico E Tratamento De Estomatite Herpética	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
81000367	Radiografia da mão e punho - carpal	Sim	Sim	ASAI	Suspenso temporariamente	Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar o pedido do dentista e a GTO assinada pelo paciente para o pagamento.
81000375	Radiografia interproximal - bite wing	Sim	Sim	RMD-RME- RPD-RPE		Não				Não necessita de autorização. Enviar GTO assinada pelo paciente para pagamento.
81000383	Radiografia oclusal	Sim	Sim	AS-AI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar o pedido do dentista e a GTO assinada pelo paciente para o pagamento.
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia)	Sim	Sim	ASAI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar o pedido do dentista e a GTO assinada pelo paciente para o pagamento.
81000421	Radiografia periapical	Sim	Sim	DENTE		Não				Não necessita de autorização. Enviar a GTO assinada pelo paciente para pagamento. Máximo de 4
81000430	Radiografia Pós-tero-Anterior	Sim	Sim	ASAI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização.
81000472	Telerradiografia sem traçado cefalométrico	Sim	Sim	ASAI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar o pedido do dentista e a GTO assinada pelo paciente para o pagamento.
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico	Sim	Não	ASAI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar o pedido do dentista e a GTO assinada pelo paciente para o pagamento.
81000510	Tomografia computadorizada por feixe cônico- cone bean	Sim	Não	AS-AI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar o pedido do dentista e a GTO assinada pelo paciente para o pagamento.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
81000510	Tomografia computadorizada por feixe cônico- cone bean (MAXILA,MANDIBULA,ATM -TOTAL)	Sim	Não	ASAI	Suspensão temporariamente	Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar o pedido do dentista e a GTO assinada pelo paciente para o pagamento.
81000510	Tomografia computadorizada por feixe cônico- cone bean (1 ou 2 segmentos)	Sim	Não	S1-S2-S3 S4-S5-S6		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar o pedido do dentista e a GTO assinada pelo paciente para o pagamento.
81000510	Tomografia computadorizada por feixe cônico- cone bean	Sim	Não	DENTE		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar o pedido do dentista e a GTO assinada pelo paciente para o pagamento.
81000561	Radiografia Lateral do Corpo da Mandíbula	Sim	Sim	AI		Sim				Solicitar autorização via web/Central de autorização. Enviar o pedido do dentista e a GTO assinada pelo paciente para pagamento.
81000570	Técnica de Localização Radiográfica	Sim	Sim	ASAI		Sim				Solicitar autorização via web/Central de autorização. Enviar o pedido do dentista e a GTO assinada pelo paciente para pagamento.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
PREVENÇÃO / ODONTOPEDIATRIA										
81000014	Condicionamento em odontologia (Máximo 03 sessões)	Sim	Sim	ASAI	Suspenso temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização, a Idade máxima do beneficiário para solicitar o procedimento é de 12 anos.
82000700	Estabilização De Paciente Por Meio De Contenção Física E/Ou Mecânica	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
83000046	Coroa De Aço Em Dente Decíduo	Sim	Sim	Dente		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Raio x Inicial ou Foto e Laudo para autorização.
83000135	Restauração Atraumática Em Dente Decíduo	Sim	Sim	Dente		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
84000031	Aplicação de carióstático (2 arcadas - Máximo 01 sessão)	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
84000058	Aplicação De Selante - Técnica Invasiva	Sim	Sim	Dente		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Raio x Inicial ou Foto e Laudo para autorização.
84000074	Aplicação de selante de fósulas e fissuras (Apenas Dentes permanentes)	Sim	Sim	DENTE	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. A aplicação de selante só é indicada para dentes permanentes posteriores recém erupcionados, cujos sulcos apresentam-se profundos e/ou retentivos ou para pacientes com elevado índice de cárie. Não é permitida a aplicação de selantes em dentes decíduos.	

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
84000090	Aplicação tópica de flúor	Sim	Sim	ASAI	Suspenso temporariamente	Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Está incluída na raspagem supragengival.
84000112	Aplicação Tópica De Verniz Fluoretado	Sim	Sim	ASAI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização.
84000139	Atividade educativa em saúde bucal (Orientação de higiene bucal)	Sim	Sim	ASAI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Atividade educativa em saúde bucal consiste em orientações sobre: alimentação, técnicas de escovação, limpeza da língua, uso do fio dental, creme dental, antissépticos, doenças bucais, uso de próteses, etc.
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana) - (Máximo 3 sessões)	Sim	Sim	ASAI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Controle de biofilme inclui aplicação de corante para placa bacteriana, registro das faces coradas para controle do índice de placa e instrução do paciente para sua remoção. Utilizado para pacientes com alto índice de placa e liberado para especialistas em odontopediatria em pacientes de até 14 anos.
84000198	Profilaxia: polimento coronário	Sim	Sim	ASAI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Esta incluída na raspagem supragengival. Pode ser realizada à parte da aplicação tópica de flúor.
84000201	Remineralização dentária (por arcada)	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
85000787	Imobilização Dentária Em Dentes Decíduos	Sim	Sim	Dente		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85100242	Adequação do meio bucal	Sim	Sim	ASAI	Suspenso temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
85100269	Dessensibilização dentinária	Sim	Sim	HASD-HASE-HAID-HAIE		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
85300055	Remoção Dos Fatores De Retenção Do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
87000016	Atividade Educativa Em Odontologia Para Pais E/ Ou Cuidadores De Pacientes Com Necessidades Especiais	Sim	Sim	ASAI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Atividade educativa em saúde bucal consiste em orientações sobre: alimentação, técnicas de escovação, limpeza da língua, uso do fio dental, creme dental, antissépticos, doenças bucais, uso de próteses, etc.
87000024	Atividade Educativa Para Pais E/Ou Cuidadores	Sim	Sim	ASAI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Atividade educativa em saúde bucal consiste em orientações sobre: alimentação, técnicas de escovação, limpeza da língua, uso do fio dental, creme dental, antissépticos, doenças bucais, uso de próteses, etc.
87000032	Condicionamento Em Odontologia Para Pacientes Com Necessidades Especiais	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
87000148	Estabilização Por Meio De Contenção Física E/ Ou Mecânica Em Pacientes Com Necessidades Especiais Em Odontologia	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
PERIODONTIA										
84000244	Teste de fluxo salivar	Sim	Sim	ASAI	Suspenso temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar laudo para autorização.
84000252	Teste PH da saliva	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar laudo para autorização.
85300012	Dessensibilização dentária (por arcada)	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar laudo para autorização.
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	Sim	Sim	DENTE		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI e laudo para autorização.
85300039	Raspagem sub-gengival / alisamento radicular (Por segmento)	Sim	Sim	S1-S2-S3 S4-S5-S6		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. O código de raspagem sub-gengival / alisamento radicular, é autorizado apenas para especialistas em periodontia, mediante apresentação de radiografias iniciais e não inclui em sua remuneração a profilaxia e aplicação de flúor, que podem ser cobrados separadamente.
85300047	Raspagem supra-gengival	Sim	Sim	AS-AI		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. A profilaxia e a aplicação de flúor já estão incluídas nas raspagens supragengivais. Idade mínima para autorização 12 anos.
85300063	Tratamento De Abscesso Periodontal Agudo	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
85300071	Tratamento De Gingivite Necrosante Aguda - Gna	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85300080	Tratamento De Pericoronarite	Sim	Sim	AS-AI	Suspenso temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
85300098	Manutenção pe-riodontal	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
DENTÍSTICA										
84000171	Controle De Cárie Incipiente	Sim	Sim	ASAI	Suspensão temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
85100013	Capeamento pulpar direto	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI e/ou foto para autorização. Este RX é para diagnóstico de lesões de cárie e pertence ao paciente. A validade do RX encaminhado é de 1(um) ano.
85100048	Colagem de fragmentos dentários	Sim	Sim	DENTE		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. A colagem de fragmentos não se refere à restauração em resina, e sim à colagem do(s) remanescente(s) dentários.
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	Sim	Sim	DENTE		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização.
85100080	Restauração Atraumática Em Dente Permanente	Sim	Sim	Dente		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	Sim	Sim	DENTE		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Não será autorizada restauração de cáries incipientes. Estas deverão ser preservadas.
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	Sim	Sim	DENTE		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Não será autorizada restauração de cáries incipientes. Estas deverão ser preservadas.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	Sim	Sim	DENTE	Suspenso temporariamente	Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Não será autorizada restauração de cáries incipientes. Estas deverão ser preservadas.
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI ou fotos para autorização. Este RX é para diagnóstico de lesões de cárie e pertence ao paciente. A validade do RX encaminhado é de 1(um) ano. Não será autorizada restauração de cáries incipientes. Estas deverão ser preservadas.
85100137	Restauração Em Ionômero De Vidro - 1 Face	Sim	Sim	Dente		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização.
85100145	Restauração Em Ionômero De Vidro - 2 Faces	Sim	Sim	Dente		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização.
85100153	Restauração Em Ionômero De Vidro - 3 Faces	Sim	Sim	Dente		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização.
85100161	Restauração Em Ionômero De Vidro - 4 Faces	Sim	Sim	Dente		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Raio x Inicial ou Foto para autorização.
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	Sim	Sim	DENTE		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Não será autorizada restauração de cáries incipientes. Estas deverão ser preservadas.
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	Sim	Sim	DENTE		Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Não será autorizada restauração de cáries incipientes. Estas deverão ser preservadas.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	Sim	Sim	DENTE	Suspensão temporariamente	Sim				Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Não será autorizada restauração de cáries incipientes. Estas deverão ser preservadas.
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI e/ou fotos para autorização. Este RX é para diagnóstico de lesões de cárie e pertence ao paciente. A validade do RX encaminhado é de 1(um) ano. Não será autorizada restauração de cáries incipientes. Estas deverão ser preservadas.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
CIRURGIA										
81000138	Diagnóstico anatopatológico em material de biópsia região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	AS-AI	Suspensão temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000026	Acompanhamento De Tratamento/ Procedimento Cirúrgico Em Odontologia	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000034	Alveoloplastia	Sim	Sim	HASD-HASE -HAID-HAIE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Liberado para finalidade protética. Quando realizada no ato cirúrgico da exodontia, já está inclusa no procedimento.
82000050	Amputação radicular com obturação retrograda	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Liberado para finalidade protética (as radiografias necessárias para execução do procedimento estão inclusas neste item). Consiste na realização de retalho mucoperiosteal com nivelamento da raiz residual (com tratamento endodôntico e sem lesão periapical) à crista óssea e subsequente reposicionamento do retalho.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82000069	Amputação radicular sem obturação retrograda	Sim	Sim	DENTE	Suspenso temporariamente	Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Liberado para finalidade protética (as radiografias necessárias para execução do procedimento estão inclusas neste item). consiste na realização de retalho mucoperiosteal com nivelamento da raiz residual (com tratamento endodôntico e sem lesão periapical) à crista óssea e subsequente reposicionamento do retalho.
82000077	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Liberada também para periodontistas e endodontistas (as radiografias estão incluídas no procedimento principal).
82000085	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Liberada também para periodontistas e endodontistas (as radiografias estão incluídas no procedimento principal).
82000158	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Liberada também para periodontistas e endodontistas (as radiografias estão incluídas no procedimento principal).

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82000166	Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada	Sim	Sim	DENTE	Suspensão temporariamente	Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Liberada também para periodontistas e endodontistas (as radiografias estão incluídas no procedimento principal).
82000174	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Liberada também para periodontistas e endodontistas (as radiografias estão incluídas no procedimento principal).
82000182	Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Liberada também para periodontistas e endodontistas (as radiografias estão incluídas no procedimento principal).
82000190	Aprofundamento / Aumento de vestíbulo	Sim	Sim	HASD-HASE HAID-HAIE		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000212	Aumento de coroa clínica	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Liberado também para periodontistas. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa.
82000239	Biópsia de boca	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização e resultado do exame anatomopatológico para pagamento.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82000247	Biópsia de glândula salivar	Sim	Sim	ASAI	Suspenso temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização e resultado do exame anatomopatológico para pagamento.
82000255	Biópsia de lábio	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização e resultado do exame anatomopatológico para pagamento.
82000263	Biópsia de língua	Sim	Sim	RSL-RL		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização e resultado do exame anatomopatológico para pagamento.
82000271	Biópsia de mandíbula	Sim	Sim	AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização e resultado do exame anatomopatológico para pagamento.
82000280	Biópsia de maxila	Sim	Sim	AS		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização e resultado do exame anatomopatológico para pagamento.
82000298	Bridectomia (por arcada)	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000301	Bridotomia (por arcada)	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000336	Cirurgia Odontológica A Retalho	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000352	Cirurgia Para Exostose Maxilar	Sim	Sim	0			Sim			X

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82000360	Cirurgia para Tórus mandíbular / Exostose bilateral	Sim	Sim	AI	Suspensão temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000387	Cirurgia para Tórus mandíbular / Exostose unilateral	Sim	Sim	HAID-HAIE		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000395	Cirurgia para Tórus Palatino / Exostose	Sim	Sim	HASD-HASE		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	Sim	Sim	S1-S2-S3 S4-S5-S6		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. A cirurgia periodontal a retalho é autorizada após a realização do tratamento periodontal básico (3 a 6 meses). Não pode ser liberado juntamente com a raspagem sub-gengival. Liberada também para periodontistas. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
82000468	Controle de hemorragia c/ aplic. de agente hemostático em reg. buco-maxilo-facial	Sim	Sim	HASD-HAS HAID-HAIE		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. O procedimento de controle de hemorragia com aplicação de hemostático inclui a aplicação de hemostático e sutura do alvéolo e é liberado apenas na urgência, não sendo pago para pacientes em tratamento, SALVO JUSTIFICATIVA MEDIANTE ENVIO DE LAUDO.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82000484	Controle de hemorragia s/ aplic. de agente hemostático em reg. Buco-maxilo-facial	Sim	Sim	HASD-HAS HAID-HAIE	Suspensão temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. O procedimento de controle de hemorragia com aplicação de hemostático inclui a aplicação de hemostático e sutura do alvéolo e é liberado apenas na urgência, não sendo pago para pacientes em tratamento, SALVO JUSTIFICATIVA MEDIANTE ENVIO DE LAUDO.
82000506	Controle Pós-Operatório Em Odontologia	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000557	Cunha proximal	Sim	Sim	HASD-HASE HAID-HAIE		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Liberado também para periodontistas, inclui o curativo pós cirúrgico.
82000581	Enxerto Com Osso Autógeno Da Linha Oblíqua	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000603	Enxerto Com Osso Autógeno Do Mento	Sim	Sim	AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000662	Enxerto gengival livre	Sim	Sim	DENTE		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
82000689	Enxerto pediculado	Sim	Sim	DENTE		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
82000743	Exérese De Lipoma Na Região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	Sim	Sim	HASD-HASE HAID-HAIE	Suspenso temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos (enucleação)	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento.
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000808	Exérese ou excisão de rânula	Sim	Sim	AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82000816	Exodontia a retalho	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Já inclui sutura.
82000832	Exodontia De Permanente Por Indicação Ortodôntica/Protética	Sim	Sim	Dente		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Raio x Inicial e Laudo (planejamento) para autorização.
82000859	Exodontia de raiz residual	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Já inclui sutura.
82000875	Exodontia simples de permanente	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Liberado para todas as especialidades e a odonto-seccção se for necessária, está inclusa no procedimento. Já inclui sutura.
82000883	Frenulectomia labial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. Liberado também para odontopediatras e periodontistas.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82000891	Frenulectomia lingual	Sim	Sim	AI	Suspenso temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. Liberado também para odontopediatras e periodontistas.
82000905	Frenulotomia labial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. Liberado também para odontopediatras e periodontistas.
82000913	Frenulotomia lingual	Sim	Sim	AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. Liberado também para odontopediatras e periodontistas.
82000921	Gengivectomia	Sim	Sim	S1-S2-S3 S4-S5-S6		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. Liberado também para periodontistas.
82000948	Gengivoplastia	Sim	Sim	S1-S2-S3 S4-S5-S6		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. Liberado também para periodontistas.
82001006	Implante Zigomático	Sim	Sim	AS		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Raio x Inicial e Laudo para autorização.
82001022	Incisão e drenagem extra oral de abscesso, hematoma ou flegmão na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. Os procedimentos de incisão e drenagem de abscesso intra e extra-oral como também o procedimento de controle de hemorragia, não são liberados para pacientes já em tratamento. SALVO JUSTIFICATIVA MEDIANTE ENVIO DE LAUDO.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82001030	incisão e drenagem intra oral de abscesso, hematoma ou flegmao na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	AS-AI	Suspenso temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. Os procedimentos de incisão e drenagem de abscesso intra e extra-oral como também o procedimento de controle de hemorragia, não são liberados para pacientes já em tratamento. SALVO JUSTIFICATIVA MEDIANTE ENVIO DE LAUDO.
82001073	Odonto-secção	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Odonto-secção se refere à remoção de uma raiz em dentes multirradiculares e não é liberado juntamente com exodontias, sendo permitido também para periodontistas.
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial (por arcada)	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001120	Punção Aspirativa Orientada Por Imagem Na Região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001154	Reconstrução De Sulco Gengivo-Labial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	Sim	Sim	HASD-HASE HAID-HAIE		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	Sim	Sim	HASD-HASE HAID-HAIE		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82001197	Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM)	Sim	Sim	ASAI	Suspenso temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001235	Reeducação E/ Ou Reabilitação De Sequela Em Traumatismo Bucó-Maxilo-Facial	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001251	Reimplante dentário com contenção	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI e RXF para pagamento. Procedimento realizado em urgência. O reimplante dentário com contenção, inclui a imobilização dentária e as radiografias necessárias, e não é liberado para pacientes em tratamento, SALVO JUSTIFICATIVA MEDIANTE ENVIO DE LAUDO.
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Válido quando o dente estiver totalmente coberto de tecido ósseo e gengival. A odonto-seção, se necessária, está inclusa no procedimento. Já inclui a sutura.
82001294	Remoção de dentes semi inclusos / impactados	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Válido quando o dente estiver parcialmente coberto de tecido ósseo e gengival e a odonto-seção, se necessária, está inclusa no procedimento.
82001308	Remoção De Dreno Extra-Oral	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82001316	Remoção De Dreno Intra-Oral	Sim	Sim	AS-AI	Suspensão temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001367	Remoção De Odontoma	Sim	Sim	AS-AI		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Raio x Inicial e Laudo para autorização.
82001375	Remoção De Tampramento Nasal	Sim	Sim	AS		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001391	Retirada De Corpo Estranho Oroantral Ou Oronasal Da Região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Sim	AS		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001413	Retirada De Corpo Estranho Subcutâneo Ou Submucoso Da Região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001430	Retirada Dos Meios De Fixação Da Região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001464	Sepultamento radicular	Sim	Não	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	AS-AI	Suspensão temporariamente	Sim			X	Enviar Laudo para pagamento. Procedimento realizado somente em urgência. Não poderá ser cobrada em conjunto com as exodontias.
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco-nasal	Sim	Sim	HASE-HASD		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco-sinusal	Sim	Sim	HASE-HASD		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
82001545	Tratamento Cirúrgico De Bidas Constrictivas Da Região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
82001588	Tratamento Cirúrgico De Hiperplasias De Tecidos Ósseos/ Cartilaginosos Na Região Buco-Maxilo-Facial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos / cartilagosos na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	AS-AI	Suspenso temporariamente	Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
82001618	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
82001634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	Sim	Sim	HASD-HASE HAID-HAIE		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
82001650	Tratamento de alveolite - (Máximo 03 sessões)	Sim	Sim	DENTE		Sim			X	Enviar Laudo para autorização. O tratamento de alveolite deve ser lançado por sessão e inclui a curetagem, limpeza e medicação do alvéolo.
82001685	Tunelização	Sim	Sim	DENTE		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
82001707	Ulectomia	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Liberado também para odontopediatras e periodontistas.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
82001715	Ulotomia	Sim	Sim	DENTE	Suspenso temporariamente	Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI ou foto para autorização. Liberado também para odontopediatras e periodontistas.
82001731	Exodontia de Semi Incluso/Impactado Supra Numérico	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Válido quando o dente estiver parcialmente coberto de tecido ósseo e gengival e a odonto-seção, se necessária, está inclusa no procedimento.
82001740	Exodontia de Incluso/Impactado Supra Numérico	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Válido quando o dente estiver totalmente coberto de tecido ósseo e gengival. A odonto-seção, se necessária, está inclusa no procedimento. Já inclui a sutura.
82001758	Marsupialização de Cistos Odontológicos	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI ou foto para autorização. Liberado também para odontopediatras e periodontistas.
82001766	Placa de contenção cirúrgica	Sim	Sim	AS-AI		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo ou Raio x para autorização.
83000089	Exodontia simples de decíduo	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI ou foto para autorização. Liberado também para odontopediatras e periodontistas.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
89820029	Fisioterapia facial	Sim	Não	ASAI	Suspensão temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para auditoria. O procedimento de fisioterapia facial inclui aplicação de TENS, alongamentos, laser, RPG, demais técnicas e tratamentos de acordo com o domínio e legalidade do profissional. As sessões serão liberadas conforme normatização da ANS. Este procedimento só pode ser realizado por especialistas em fisioterapia facial devidamente credenciados para tal. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
CIRURGIA ORTOGNÁTICA										
30208017	Cirurgia artroplastia da ATM - Cirurgia artroplastia da ATM (UNILATERAL)	Sim	Sim	ASAI	Suspensão temporariamente	Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Necessário o envio do laudo do cirurgião bucomaxilofacial. A colocação de aparelhos ortodônticos antes ou após as cirurgias ortognáticas, ou em qualquer outra situação, não tem cobertura da Postal Saúde. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
30208025	Osteoplastia para prognatismo, micrognatismo ou laterognatismo	Sim	Sim	AI		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Necessário o envio do laudo do cirurgião bucomaxilofacial. A colocação de aparelhos ortodônticos antes ou após as cirurgias ortognáticas, ou em qualquer outra situação, não tem cobertura da Postal Saúde. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
30208033	Osteotomias alvéolo-palatinas (Osteoplastia Maxilar)	Sim	Sim	AS		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Necessário o envio do laudo do cirurgião bucomaxilofacial. A colocação de aparelhos ortodônticos antes ou após as cirurgias ortognáticas, ou em qualquer outra situação, não tem cobertura da Postal Saúde. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
30208084	Osteotomias crânio maxilares complexas (Cirurgia Ortognática Completa)	Sim	Sim	ASAI	Suspenso temporariamente	Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Necessário o envio do laudo do cirurgião bucomaxilofacial. A colocação de aparelhos ortodônticos antes ou após as cirurgias ortognáticas, ou em qualquer outra situação, não tem cobertura da Postal Saúde. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
30208092	Redução simples de luxação de articulação temporo-mandibular com fixação intermaxilar	Sim	Sim	ASAI		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Necessário o envio do laudo do cirurgião bucomaxilofacial. A colocação de aparelhos ortodônticos antes ou após as cirurgias ortognáticas, ou em qualquer outra situação, não tem cobertura da Postal Saúde. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
30208122	Tratamento cirúrgico de anquilose da articulação temporomandibular	Sim	Sim	ASAI	Suspenso temporariamente	Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Necessário o envio do laudo do cirurgião bucomaxilofacial. A colocação de aparelhos ortodônticos antes ou após as cirurgias ortognáticas, ou em qualquer outra situação, não tem cobertura da Postal Saúde. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
30209021	Osteoplastias de mandíbula (Mentoplastia)	Sim	Sim	AI		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Necessário o envio do laudo do cirurgião bucomaxilofacial. A colocação de aparelhos ortodônticos antes ou após as cirurgias ortognáticas, ou em qualquer outra situação, não tem cobertura da Postal Saúde. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
30209030	Osteoplastia de arco zigomático	Sim	Sim	AS		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Necessário o envio do laudo do cirurgião bucomaxilofacial. A colocação de aparelhos ortodônticos antes ou após as cirurgias ortognáticas, ou em qualquer outra situação, não tem cobertura da Postal Saúde.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
89300017	Cirurgia tipo disjunção maxilar realizada em consultório	Sim	Não	AS	Suspensão temporariamente	Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Necessário o envio do laudo do ortodontista. A colocação de aparelhos ortodônticos antes ou após as cirurgias ortognáticas, ou em qualquer outra situação, não tem cobertura da Postal Saúde. Se o profissional julgar conveniente, neste caso, o paciente pode ser sedado. A solicitação deve ser feita pelo cirurgião junto à Central, mediante laudo e justificativa. A sedação será da responsabilidade de um médico anestesista.
89300025	Cirurgia tipo disjunção maxilar realizada em ambiente hospitalar	Sim	Não	AS		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Necessário o envio do laudo do ortodontista. A colocação de aparelhos ortodônticos antes ou após as cirurgias ortognáticas, ou em qualquer outra situação, não tem cobertura da Postal Saúde.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
ENDODONTIA										
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	Sim	Sim	DENTE	Suspenso temporariamente	Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização.
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
85100056	Curativo de demora (Máximo 3)	Sim	Sim	DENTE		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Restaurações provisórias usadas apenas para selamento das cavidades entre sessões da endodontia. Em casos de auditorias documentais, enviar laudo para autorização.
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização.
85200034	Pulpectomia	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização.
85200042	Pulpotomia	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização.
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento.
85200069	Remoção De Material Obturador Intracanal Para Retratamento Endodôntico	Sim	Sim	Dente		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Raio x Inicial para autorização.
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	Sim	Sim	DENTE		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85200085	Tratamento expectante (Trat perfurações, trincas, fecham. ápice e curativo com hid. cálcio)	Sim	Sim	DENTE	Suspenso temporariamente	Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. O Tratamento expectante refere-se a curativos com hidróxido de cálcio em casos de necrose pulpar, tratamento de perfurações ou fechamento de ápice. (Máx. 3 sessões). Não é válido como curativo de demora.
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
85200131	Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	Sim	Sim	DENTE	Suspenso temporariamente	Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Estão incluídas as radiografias, com exceção da radiografia inicial ou de diagnóstico.
85200174	Curativo endodôntico em situação de urgência	Sim	Sim	Dente		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
85200182	Curetagem apical	Sim	Sim	Dente		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo ou Raio x para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
Prótese										
81000545	Diagnóstico e tratamento de trismo	Sim	Sim	ASAI	Suspensão temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001219	Reeducação E/Ou Reabilitação De Distúrbio Bucal-Maxilo-Facial	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
82001642	Tratamento Conservador De Luxação Da Articulação Temporário-Mandibular - Atm	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Somente para especialistas em Odontopediatria.
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Somente para especialistas em Odontopediatria.
85400017	Ajuste Oclusal Por Acréscimo	Sim	Sim	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
85400025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	Sim	Sim	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. Ajuste oclusal não é liberado para próteses e restaurações em tratamento e sim para casos comprovados de desarmonia oclusal - DTM. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	Sim	Não	AS-AI	Suspenso temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	Sim	Não	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
85400076	Coroa provisória com pino	Sim	Sim	DENTE		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Liberado também para especialistas em dentística. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400084	Coroa provisória sem pino	Sim	Sim	DENTE		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Liberado também para especialistas em dentística. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400092	Coroa total acrílica prensada	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X	X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400106	Coroa total em cerâmica pura	Sim	Não	DENTE		Sim	X	X	X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85400114	Coroa total em cerômero	Sim	Sim	DENTE	Suspenso temporariamente	Sim	X	X	X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400149	Coroa total metálica	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X	X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400157	Coroa total metalocerâmica	Sim	Não	DENTE		Sim	X	X	X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400165	Coroa total metaloplástica-cerômero	Sim	Não	DENTE		Sim	X	X	X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400181	Faceta em cerâmica pura	Sim	Não	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85400211	Núcleo de preenchimento	Sim	Sim	DENTE	Suspenso temporariamente	Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Os núcleos de preenchimento em resina ou ionômero de vidro, só são autorizados sob restaurações onlays/inlays em cerâmica ou cerômero e em dentes tratados endodonticamente onde não seja necessária a colocação de núcleo. Liberado também para especialistas em dentística. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400220	Núcleo metálico fundido	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X	X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística.
85400246	Órtese miorrelaxante (placa estabilizadora)	Sim	Não	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. A órtese miorrelaxante também é liberada para especialistas em dentística e somente é aceita em acrílico. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.
85400262	Pino pré-fabricado	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X	X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalocerâmica	Sim	Não	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. No código referente à prótese fixa adesiva indireta em metalocerâmica deve ser considerado somente o elemento faltante, portanto a quantidade é sempre 1 (um) e só é autorizado para a perda de um elemento dentário.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85400335	Prótese parcial fixa em metalocerâmica por elemento	Sim	Não	DENTE	Suspenso temporariamente	Sim	X	X	X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400343	Prótese parcial fixa em metaloplástica por elemento	Sim	Não	DENTE		Sim	X	X	X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização e RXF para pagamento. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400360	Prótese parcial fixa provisória por elemento	Sim	Não	DENTE		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar RXI para autorização. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral sup ou inf (armação/acrilização)	Sim	Não	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. A prótese parcial removível (armação e acrilização) se refere à prótese parcial removível unilateral/bilateral em metal não precioso. O paciente só poderá ser encaminhado para a auditoria final após as sessões de ajuste da prótese. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo e Fotos para autorização.
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos (sup ou inf)	Sim	Não	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. O procedimento de prótese parcial removível provisória em acrílico (com ou sem grampo) se refere à prótese parcial removível provisória, liberada após exodontias múltiplas. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo com justificativa para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85400408	Prótese total superior ou inferior	Sim	Não	AS-AI	Suspensão temporariamente	Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. O paciente só poderá ser encaminhado para a auditoria final após finalizado o ajuste da prótese. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo e Fotos para autorização.
85400416	Prótese total imediata	Sim	Não	AS-AI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. O paciente só poderá ser encaminhado para a auditoria final após finalizado o ajuste da prótese. Liberada após exodontias múltiplas. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo e Fotos para autorização.
85400424	Prótese total superior (palato incolor)	Sim	Não	AS		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. O paciente só poderá ser encaminhado para a auditoria final após finalizado o ajuste da prótese. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo e Fotos para autorização.
85400459	Provisório Para Restauração Metálica Fundida	Sim	Sim	Dente		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Raio x Inicial para autorização.
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	Sim	Sim	DENTE		Sim			X	Enviar Laudo para pagamento. Procedimento realizado em urgência. Liberado para todas as especialidades.
85400475	Reembasamento De Coroa Provisória	Sim	Sim	Dente		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização.
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial media-to(em laboratório) sup ou inf	Sim	Não	AS-AI		Sim			X	Enviar Laudo para pagamento. Procedimento realizado em urgência. Liberado para todas as especialidades.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85400505	Remoção de trabalhos protéticos	Sim	Sim	DENTE	Suspenso temporariamente	Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística.
85400513	Restauração em cerâmica pura-inlay	Sim	Não	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística.
85400521	Restauração em cerâmica pura-onlay	Sim	Não	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística.
85400530	Restauração em cerômero-onlay	Sim	Não	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística.
85400548	Restauração em cerômero-inlay	Sim	Não	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística.
85400556	Restauração metálica fundida	Sim	Sim	DENTE		Sim	X	X		Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística.
85400572	Coroa 3/4 ou 4/5	Sim	Não	DENTE		Sim	X	X	X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em dentística. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85400599	Planejamento em prótese	Sim	Sim	AS-AI		Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo ou Raio x para autorização.
85400610	Prótese Total Caracterizada	Sim	Não	AS		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. O paciente só poderá ser encaminhado para a auditoria final após finalizado o ajuste da prótese. Nos casos de auditoria documental, enviar Laudo e Fotos para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
85500011	Coroa provisória sobre implante	Sim	Não	DENTE	Suspenso temporariamente	Sim	X		X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Liberado também para especialistas em implantodontia. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
85500038	Coroa total metalocerâmica sobre implante	Sim	Não	DENTE		Sim	X	X	X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. As próteses sobre implante se referem a elementos unitários ou próteses fixas sobre implantes. No caso de próteses fixas, o pântico é cobrado pelo código (85400335), prótese parcial fixa em metalocerâmica - por elemento. A POSTAL SAÚDE NÃO PREVÊ A COBERTURA PARA OVERDENTURES NEM PARA PROTOCOLOS. Necessário Laudo comprobatório da condição clínica favorável do(s) elemento(s) envolvido(s)
87000040	Coroa De Acetato Em Dente Permanente	Sim	Sim	Dente		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Raio x Inicial para autorização.
87000059	Coroa De Aço Em Dente Permanente	Sim	Sim	Dente		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Raio x Inicial para autorização.
87000067	Coroa De Policarbonato Em Dente Permanente	Sim	Sim	Dente		Sim	X			Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Raio x Inicial para autorização.

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS CORREIOSSAÚDE/POSTALSAÚDE COM PARÂMETROS

CÓDIGO DE COBERTURA	PROCEDIMENTO/ NOMENCLATURA	Correios Saúde I e II	Viver Saúde	DENTE / REGIÃO	AUDITORIA I / F	Necessita de autorização prévia	RXI Tabela Nova	RXF Tabela Nova	LAUDO	CRITÉRIOS TÉCNICOS (Parâmetros) Tabela Nova
89850017	Planejamento em prótese (mod.est / par /montagem em artic.semia-justável)	Sim	Não	ASAI		Sim			X	Solicitar autorização via Web/Central de autorização. Enviar Laudo para autorização. O planejamento em Prótese só será liberado para montagem em articulador, em planos de tratamento onde estejam envolvidos prótese fixas de 3 ou mais elementos, combinadas ou não a próteses parciais removíveis e próteses totais. Não pode ser liberado para próteses unitárias.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Todos os procedimentos necessitam de autorização, exceto, consulta odontológica, até 4(quatro) radiografias periapicais e até 4(quatro) radiografias bitewing.

“Dependendo do tipo de procedimento, a autorização pode ser realizada via autorizador web (internet)/via Central de atendimento (fone: 0800 881 8080) ou presencialmente pelo

Beneficiário nas Representações Regionais da POSTAL SAÚDE.”

Auditoria I/F (inicial/final) - há necessidade da presença do paciente antes e após o término do tratamento. Se na localidade não houver Clínica da Postal Saúde, os documentos exigidos deverão ser encaminhados para auditoria documental e podem ser anexados diretamente na senha, e/ou via email auditoriaodonto@postalsaude.com.br e/ou por

Sedex Caixa Postal 1045 Carapicuíba SP CEP 06326-970.

Auditoria I - há necessidade da auditoria presencial do paciente somente antes do início do tratamento. Concluído o mesmo, o credenciado encaminha para a Postal Saúde a

GTO assinada pelo paciente, bem como os documentos conforme os parâmetros acima descritos.

Laudo - quando solicitado, o prestador deverá utilizar receituário próprio e/ou da clínica, conter a descrição do evento a ser realizado, carimbado e assinado pelo prestador solicitante.

RXI (Radiografia inicial) - quando solicitado é necessário o envio para a autorização, auditoria presencial, ou pagamento, conforme os parâmetros descritos acima, exceto quando o RX já tenha sido digitalizado e anexado na GTO.

RXF (Radiografia final) - quando solicitado é necessário o envio para auditoria final, ou para o pagamento conforme os parâmetros descritos acima, exceto quando o RX já tenha sido digitalizado e anexado na GTO.

OBS - Não há cobertura pela Postal Saúde de Over Denture

Descrição Faces Dentais	
Código	Descrição
M	Mesial
D	Distal
O	Oclusal
V	Vestibular
L	Lingual – dentes inferiores
I	Incisal
P	Palatina – dentes superiores

Legenda - Descrição da Região		
Região	Código	Descrição
Arco	AS	Arco Superior
	ASAI	Arco Superior e Inferior
	AS-AI	Arco Superior OU Arco Inferior
	AI	Arco inferior
Hemi-Arco	HASD	Hemi – arco-Superior Direito
	HASE	Hemi – arco-Superior Esquerdo
	HAID	Hemi – arco-Inferior Direitos
	HAIE	Hemi – arco-Inferior Esquerdo
Segmento	S1	Sextante superior posterior direito
	S2	Sextante superior anterior
	S3	Sextante superior posterior esquerdo
	S4	Sextante inferior posterior esquerdo
	S5	Sextante inferior anterior
	S6	Sextante inferior posterior direito
Região	RMD	Região dos molares lado direito
	RME	Região dos molares lado esquerdo
	RPD	Região dos pré-molares lado direito
	RPE	Região dos pré-molares lado esquerdo
	RL	Região lingual
	RSL	Região Sub-Lingual
Dente		11-12-13-14-15-16-17-18-19*-51-52-53-54-55-59*
		21-22-23-24-25-26-27-28-29*-61-62-63-64-65-69*
		31-32-33-34-35-36-37-38-39*-71-72-73-74-75-79*
		41-42-43-44-45-46-47-48-49*-81-82-83-84-85-89*

*dentes supra-numerários