

MATRIZ DE COBERTURA CONTRATUAL

COBERTURAS POR PLANO (COLETIVO EMPRESARIAL)

OdontoPrev - CRO/SP nº 2728
RT: J. M. Benozatti - CRO/SP nº 19009

EvidasBrasil
NA SUA VIDA, EM TODAS AS ÁREAS

Cód. TUSS	PROCEDIMENTO	DENTAL PRO MISTO CERD	
		Pré-pagamento	Pós-pagamento
CIRURGIA			
82000875	Exodontia simples de permanente	X	
82000808	Exérese ou excisão de rânula	X	
82000816	Exodontia a retalho	X	
82000859	Exodontia de raiz residual	X	
82001707	Ulectomia	X	
82000034	Alveoloplastia	X	
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	X	
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	X	
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	X	
82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	X	
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	X	
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	X	
82000239	Biópsia de boca	X	
82000360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	X	
82000387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	X	
82000395	Cirurgia para torus palatino	X	
82000557	Cunha proximal	X	
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	X	
82000883	Frenulectomia labial	X	
82000891	Frenulectomia lingual	X	
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	X	
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	X	
82001715	Ulotomia	X	
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	X	
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	X	
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	X	
81000235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	X	
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	X	
82000913	Frenulotomia lingual	X	
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária		X
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar		X
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial		X
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal		X
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal		X
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos		X
82001367	Remoção de odontoma		X
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial		X
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada		X
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada		X
82000247	Biópsia de glândula salivar		X
82000255	Biópsia de lábio		X
82000263	Biópsia de língua		X
82000271	Biópsia de mandíbula		X
82000280	Biópsia de maxila		X
82000298	Bridectomia		X
82000301	Bridotomia		X

¹ Para consultar os valores dos procedimentos em regime de Pós-pagamento, consulte o anexo Tabela de Preço por Procedimento.

² Onde tem a sigla N/C refere-se aos procedimentos não cobertos pelo plano.

82000352	Cirurgia para exostose maxilar		X
81000197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética		X
81000200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose		X
81000219	Diagnóstico e tratamento de halitose		X
82000743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial		X
82000905	Frenulotomia labial		X
82001073	Odonto-secção		X
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial		X
82001545	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região buco-maxilo-facial		X
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial		X
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial		X
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial		X
82001634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos – sem reconstrução		X
82001391	Retirada de Corpo Estranho Oroantral ou Oronasal da Região Buco-Maxilo-Facial	N/C	N/C
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	N/C	N/C
DENTÍSTICA			
81000278	Fotografia	X	
85100013	Capeamento pulpar direto	X	
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	X	
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	X	
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	X	
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	X	
85400017	Ajuste Oclusal por acréscimo	X	
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	X	
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	X	
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	X	
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	X	
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	X	
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	X	
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	X	
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	X	
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	X	
85400505	Remoção de trabalho protético	X	
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo		X
81000073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	N/C	N/C
DIAGNÓSTICO			
81000030	Consulta odontológica	X	
81000065	Consulta odontológica inicial	X	
81000189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico		X
82000506	Controle pós-operatório em odontologia		X
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial		X
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial		X
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial		X
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial		X
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	X	
EMERGÊNCIA			
85100048	Colagem de fragmentos dentários	X	
81000049	Consulta odontológica de Urgência	X	
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	X	
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	X	
82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	X	
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	X	
85200034	Pulpectomia	X	
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	X	
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	X	
85400475	Reembasamento de coroa provisória	X	

¹ Para consultar os valores dos procedimentos em regime de Pós-pagamento, consulte o anexo Tabela de Preço por Procedimento.

² Onde tem a sigla N/C refere-se aos procedimentos não cobertos pelo plano.

82000689	Enxerto pediculado		X
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)		X
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo		X
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GNA		X
82001464	Sepultamento radicular		X
PREVENÇÃO			
84000090	Aplicação tópica de flúor	X	
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	X	
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	X	
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	X	
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	X	
84000198	Profilaxia: polimento coronário	X	
84000244	Teste de fluxo salivar	X	
84000252	Teste de PH salivar	X	
PRÓTESE DENTÁRIA			
85400084	Coroa provisória sem pino		X
85400149	Coroa total metálica		X
85400211	Núcleo de preenchimento		X
85400220	Núcleo metálico fundido		X
85400262	Pino pré fabricado		X
85400556	Restauração metálica fundida		X
85400076	Coroa provisória com pino		X
85400114	Coroa total em cerômero		X
85400459	Provisório para Restauração metálica fundida		X
85400092	Coroa total acrílica prensada	N/C	N/C
81000243	Diagnóstico por meio de enceramento	N/C	N/C
81000260	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais	N/C	N/C
85400041	Conserto em prótese parcial removível (exclusivamente em consultório)	N/C	N/C
85400068	Conserto em prótese total (exclusivamente em consultório)	N/C	N/C
85400173	Coroa total metalo plástica – resina acrílica	N/C	N/C
85100188	Restauração em resina (indireta) - Onlay	N/C	N/C
85400157	Coroa total metalo cerâmica	N/C	N/C
85400289	Prótese fixa adesiva direta (provisória)	N/C	N/C
85400343	Prótese parcial fixa em metalo plástica	N/C	N/C
85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	N/C	N/C
85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral	N/C	N/C
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	N/C	N/C
85400408	Prótese total	N/C	N/C
85400416	Prótese total imediata	N/C	N/C
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	N/C	N/C
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	N/C	N/C
85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	N/C	N/C
85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	N/C	N/C
85400106	Coroa total em cerâmica pura	N/C	N/C
85400165	Coroa total metalo plástica – cerômero	N/C	N/C
85400181	Faceta em cerâmica pura	N/C	N/C
85400190	Faceta em cerômero	N/C	N/C
85400238	Onlay de Resina Indireta	N/C	N/C
85400246	Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora)	N/C	N/C
85400254	Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora)	N/C	N/C
85400297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	N/C	N/C
85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	N/C	N/C
85400319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	N/C	N/C
85400327	Prótese parcial fixa em cerômero livre de metal (metal free)	N/C	N/C
85400335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	N/C	N/C
85500127	Prótese parcial fixa implanto suportada	N/C	N/C
85400351	Prótese parcial fixa In Ceran livre de metal (metal free)	N/C	N/C
85400360	Prótese parcial fixa provisória	N/C	N/C
85500135	Prótese parcial fixa provisória em carga imediata	N/C	N/C

¹ Para consultar os valores dos procedimentos em regime de Pós-pagamento, consulte o anexo Tabela de Preço por Procedimento.

² Onde tem a sigla N/C refere-se aos procedimentos não cobertos pelo plano.

85400424	Prótese total incolor	N/C	N/C
85400432	Provisório para Faceta	N/C	N/C
85400440	Provisório para Inlay/Onlay	N/C	N/C
85400513	Restauração em cerâmica pura - inlay	N/C	N/C
85400521	Restauração em cerâmica pura - onlay	N/C	N/C
85400548	Restauração em cerômero - inlay	N/C	N/C
85400530	Restauração em cerômero - onlay	N/C	N/C
85100170	Restauração em resina (indireta) - Inlay	N/C	N/C

RADIOLOGIA

81000375	Radiografia interproximal - bite-wing	X	
81000421	Radiografia periapical	X	
81000383	Radiografia oclusal		X
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)		X
81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)		X

¹ Para consultar os valores dos procedimentos em regime de Pós-pagamento, consulte o anexo Tabela de Preço por Procedimento.

² Onde tem a sigla N/C refere-se aos procedimentos não cobertos pelo plano.