

Cobertura do  
Plano:  
**Saúde Servidor  
Referência**



Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
CIRURGIA	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLOGIA	SIM
CIRURGIA	ALVEOLOPLASTIA	SIM
CIRURGIA	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM
CIRURGIA	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM
CIRURGIA	APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM
CIRURGIA	APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM
CIRURGIA	APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM
CIRURGIA	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM
CIRURGIA	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	SIM
CIRURGIA	BIÓPSIA DE BOCA	SIM
CIRURGIA	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	NÃO
CIRURGIA	BIÓPSIA DE LÁBIO	SIM
CIRURGIA	BIÓPSIA DE LÍNGUA	SIM
CIRURGIA	BIÓPSIA DE MANDÍBULA	SIM
CIRURGIA	BIÓPSIA DE MAXILA	SIM
CIRURGIA	BRIDECTOMIA	SIM
CIRURGIA	BRIDOTOMIA	SIM
CIRURGIA	CIRURGIA ODONTOLÓGICA A RETALHO	SIM
CIRURGIA	CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS	NÃO
CIRURGIA	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	SIM
CIRURGIA	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – BILATERAL	SIM
CIRURGIA	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – UNILATERAL	SIM
CIRURGIA	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	SIM
CIRURGIA	COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
CIRURGIA	EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
CIRURGIA	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR	SIM
CIRURGIA	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	SIM
CIRURGIA	EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE	SIM
CIRURGIA	EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA	SIM
CIRURGIA	EXODONTIA A RETALHO	SIM
CIRURGIA	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	SIM
CIRURGIA	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	SIM
CIRURGIA	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	SIM
CIRURGIA	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	SIM
CIRURGIA	FRENULECTOMIA LABIAL	SIM
CIRURGIA	FRENULECTOMIA LINGUAL	SIM
CIRURGIA	FRENULOTOMIA LABIAL	SIM
CIRURGIA	FRENULOTOMIA LINGUAL	SIM
CIRURGIA	ODONTO-SECÇÃO	SIM
CIRURGIA	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
CIRURGIA	PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR IMAGEM NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	NÃO
CIRURGIA	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	SIM
CIRURGIA	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	SIM
CIRURGIA	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	SIM
CIRURGIA	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	SIM
CIRURGIA	REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS	SIM
CIRURGIA	REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL	SIM
CIRURGIA	REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL	SIM
CIRURGIA	REMOÇÃO DE ODONTOMA	SIM
CIRURGIA	SEPULTAMENTO RADICULAR	SIM

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
CIRURGIA	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA	SIM
CIRURGIA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL	SIM
CIRURGIA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL	SIM
CIRURGIA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
CIRURGIA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
CIRURGIA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
CIRURGIA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
CIRURGIA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
CIRURGIA	ULECTOMIA	SIM
CIRURGIA	ULOTOMIA	SIM
CLÍNICA GERAL	APLICAÇÃO DE LASER TERAPÊUTICO	NÃO
CLÍNICA GERAL	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	SIM
CLÍNICA GERAL	CONSULTA ODONTOLÓGICA PCT	NÃO
CLÍNICA GERAL	PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO	NÃO
CONCERTO PROTÉTICO	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	SIM
CONCERTO PROTÉTICO	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	SIM
CONCERTO PROTÉTICO	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (EM LABORATÓRIO)	NÃO
CONCERTO PROTÉTICO	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	SIM
CONCERTO PROTÉTICO	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	SIM
CONSULTA	CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	NÃO
CONSULTA	CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO PCT	NÃO
CONSULTA	CONSULTA ODONTOLÓGICA	SIM
CONSULTA	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	NÃO
CONSULTA	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA	SIM
CONSULTA	CONSULTA PARA TÉCNICA DE CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	NÃO

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
CONSULTA	DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	SIM
CONSULTA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA	SIM
CONSULTA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE	SIM
CONSULTA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE	SIM
CONSULTA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA	SIM
CONSULTA	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO	SIM
CONSULTA	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	SIM
DENTÍSTICA	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	SIM
DENTÍSTICA	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	SIM
DENTÍSTICA	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 1 FACE	SIM
DENTÍSTICA	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 2 FACES	SIM
DENTÍSTICA	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 3 FACES	SIM
DENTÍSTICA	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 4 FACES	SIM
DENTÍSTICA	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE	SIM
DENTÍSTICA	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 2 FACES	SIM
DENTÍSTICA	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 3 FACES	SIM
DENTÍSTICA	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 4 FACES	SIM
DENTÍSTICA	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	SIM
DENTÍSTICA	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	SIM
DENTÍSTICA	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	SIM
DENTÍSTICA	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	SIM
DTM	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (ATM)	SIM
DTM	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS – SEM RECONSTRUÇÃO	SIM
DTM	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR - ATM	NÃO
EMERGÊNCIA	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	SIM

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
EMERGÊNCIA	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	SIM
EMERGÊNCIA	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 HS	SIM
EMERGÊNCIA	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
EMERGÊNCIA	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
EMERGÊNCIA	INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
EMERGÊNCIA	INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
EMERGÊNCIA	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
EMERGÊNCIA	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	SIM
EMERGÊNCIA	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	SIM
EMERGÊNCIA	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	SIM
ENDODONTIA	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	SIM
ENDODONTIA	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO	SIM
ENDODONTIA	CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA	SIM
ENDODONTIA	PULPECTOMIA	SIM
ENDODONTIA	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	SIM
ENDODONTIA	REMOÇÃO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO	SIM
ENDODONTIA	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	SIM
ENDODONTIA	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	SIM
ENDODONTIA	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	SIM
ENDODONTIA	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	SIM
ENDODONTIA	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	SIM
ENDODONTIA	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	SIM
ENDODONTIA	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	SIM
ENDODONTIA	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	SIM
ENDODONTIA	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	SIM

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
IMPLANTE	COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE	NÃO
IMPLANTE	COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA	NÃO
IMPLANTE	COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERÂMICA	NÃO
IMPLANTE	COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERÔMERO	NÃO
IMPLANTE	COROA TOTAL METALO CERÂMICA SOBRE IMPLANTE	NÃO
IMPLANTE	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA SOBRE IMPLANTE – CERÔMERO	NÃO
IMPLANTE	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA SOBRE IMPLANTE – RESINA ACRÍLICA	NÃO
IMPLANTE	GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTE	NÃO
IMPLANTE	IMPLANTE ORTODÔNTICO	NÃO
IMPLANTE	IMPLANTE ÓSSEO INTEGRADO	NÃO
IMPLANTE	IMPLANTE ZIGOMÁTICO	NÃO
IMPLANTE	INTERMEDIÁRIO PROTÉTICO (PARA IMPLANTES)	NÃO
IMPLANTE	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO AUTÓGENO	NÃO
IMPLANTE	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO HOMÓLOGO	NÃO
IMPLANTE	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO LIOFILIZADO	NÃO
IMPLANTE	MANUTENÇÃO DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTES	NÃO
IMPLANTE	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O RING SOBRE DOIS IMPLANTES	NÃO
IMPLANTE	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O RING SOBRE QUATRO OU MAIS IMPLANTES	NÃO
IMPLANTE	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O RING SOBRE TRÊS IMPLANTES	NÃO
IMPLANTE	PRÓTESE PARCIAL FIXA IMPLANTO SUPOSTADA	NÃO
IMPLANTE	PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA EM CARGA IMEDIATA	NÃO
IMPLANTE	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTÉTICA	NÃO
IMPLANTE	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTÉTICA	NÃO
IMPLANTE	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 4 IMPLANTES	NÃO
IMPLANTE	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 5 IMPLANTES	NÃO

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
IMPLANTE	PROTOCOLO BRANEMARK PROVISÓRIO PARA 4 IMPLANTES	NÃO
IMPLANTE	PROTOCOLO BRANEMARK PROVISÓRIO PARA 5 IMPLANTES	NÃO
IMPLANTE	REABERTURA - COLOCAÇÃO DE CICATRIZADOR	NÃO
IMPLANTE	REMOÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO NÃO ÓSSEO INTEGRADO	NÃO
IMPLANTE	REMOÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO ÓSSEO INTEGRADO NO SEIO MAXILAR	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	SIM
ODONTOPEDIATRIA	APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA	SIM
ODONTOPEDIATRIA	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	SIM
ODONTOPEDIATRIA	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	SIM
ODONTOPEDIATRIA	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR - PCT	SIM
ODONTOPEDIATRIA	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	SIM
ODONTOPEDIATRIA	CLAREAMENTO DENTÁRIO DE CONSULTÓRIO	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	SIM
ODONTOPEDIATRIA	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	SIM
ODONTOPEDIATRIA	CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE	SIM
ODONTOPEDIATRIA	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO	SIM
ODONTOPEDIATRIA	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	SIM
ODONTOPEDIATRIA	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	SIM
ODONTOPEDIATRIA	COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE	SIM
ODONTOPEDIATRIA	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO	SIM
ODONTOPEDIATRIA	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE	SIM
ODONTOPEDIATRIA	CRIOCIRURGIA DE NEOPLASIAS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	CRIOTERAPIA OU TERMOTERAPIA EM ODONTOLOGIA	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	DOCUMENTAÇÃO ELETROMIOGRÁFICA	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DA LINHA OBLÍQUA	NÃO

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
ODONTOPEDIATRIA	ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DO MENTO	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	SIM
ODONTOPEDIATRIA	ESTABILIZAÇÃO POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAS EM ODONTOLOGIA	SIM
ODONTOPEDIATRIA	ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)	SIM
ODONTOPEDIATRIA	PLACA OCLUSAL RESILIENTE	SIM
ODONTOPEDIATRIA	PULPOTOMIA	SIM
ODONTOPEDIATRIA	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	SIM
ODONTOPEDIATRIA	RADIOGRAFIA ANTERO-POSTERIOR	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	RADIOGRAFIA DA MÃO E PUNHO - CARPAL	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	RADIOGRAFIA PÓSTERO-ANTERIOR	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	REEDUCAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO DE DISTÚRBIO BUCO-MAXILO-FACIAL	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	REEDUCAÇÃO E/OU REABILITAÇÃO DE SEQUELA EM TRAUMATISMO BUCO-MAXILO-FACIAL	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	REGENERAÇÃO TECIDUAL GUIADA – RTG	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	REMINERALIZAÇÃO	SIM
ODONTOPEDIATRIA	REMOÇÃO DE TAMPONAMENTO NASAL	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO	SIM
ODONTOPEDIATRIA	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE	SIM
ODONTOPEDIATRIA	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	RETIRADA DOS MEIOS DE FIXAÇÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO E OXIGÊNIO EM ODONTOLOGIA	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO E OXIGÊNIO EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONTOLOGIA	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	SEDAÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL EM ODONTOLOGIA	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	SEDAÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONTOLOGIA	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	SLIDE	NÃO

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
ODONTOPEDIATRIA	TELERRADIOGRAFIA	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	TRATAMENTO DE FLUOROSE - MICROABRASÃO	NÃO
ODONTOPEDIATRIA	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REGENERATIVO COM ENXERTO DE OSSO AUTÓGENO	NÃO
ORTODONTIA	ALETAS GOMES	SIM
ORTODONTIA	APARELHO DE KLAMMT	SIM
ORTODONTIA	APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR - APM	SIM
ORTODONTIA	APARELHO DE THUROW	SIM
ORTODONTIA	APARELHO EXTRA-BUCAL	SIM
ORTODONTIA	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO ESTÉTICO	NÃO
ORTODONTIA	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO ESTÉTICO PARCIAL	NÃO
ORTODONTIA	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO	SIM
ORTODONTIA	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO PARCIAL	NÃO
ORTODONTIA	APARELHO PROTETOR BUCAL	NÃO
ORTODONTIA	APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇAS BIONATOR INVERTIDA OU DE ESCHELER	SIM
ORTODONTIA	APM - APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR	SIM
ORTODONTIA	ARCO LINGUAL	SIM
ORTODONTIA	BARRA TRANSPALATINA FIXA	SIM
ORTODONTIA	BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL	SIM
ORTODONTIA	BIONATOR DE BALTERS	SIM
ORTODONTIA	BLOCOS GEMINADOS DE CLARK – TWINBLOCK	SIM
ORTODONTIA	BOTÃO DE NANCE	SIM
ORTODONTIA	CONTENÇÃO FIXA - POR ARCADA	SIM
ORTODONTIA	DISJUNTOR PALATINO - HIRAX	SIM
ORTODONTIA	DISJUNTOR PALATINO - MACNAMARA	SIM

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
ORTODONTIA	DISTALIZADOR COM MOLA NITINOL	SIM
ORTODONTIA	DISTALIZADOR DE HILGERS	SIM
ORTODONTIA	DISTALIZADOR DISTAL JET	SIM
ORTODONTIA	DISTALIZADOR PENDULO/PENDEX	SIM
ORTODONTIA	DISTALIZADOR TIPO JONES JIG	SIM
ORTODONTIA	GIANELLY	SIM
ORTODONTIA	GRADE PALATINA FIXA	SIM
ORTODONTIA	GRADE PALATINA REMOVÍVEL	SIM
ORTODONTIA	HERBST ENCAPSULADO	SIM
ORTODONTIA	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	SIM
ORTODONTIA	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	SIM
ORTODONTIA	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO FIXO	NÃO
ORTODONTIA	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO ORTOPÉDICO	NÃO
ORTODONTIA	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO REMOVÍVEL	NÃO
ORTODONTIA	MÁSCARA FACIAL – DELAIRE E TRAÇÃO REVERSA	SIM
ORTODONTIA	MENTONEIRA	SIM
ORTODONTIA	MODELADOR ELÁSTICO DE BIMLER	SIM
ORTODONTIA	MONOBLOCO	SIM
ORTODONTIA	OBTENÇÃO DE MODELOS GNATOSTÁTICOS DE PLANAS	SIM
ORTODONTIA	PISTAS DIRETAS DE PLANAS - SUPERIOR E INFERIOR	SIM
ORTODONTIA	PISTAS INDIRETAS DE PLANAS	SIM
ORTODONTIA	PLACA DE DISTALIZAÇÃO DE MOLARES	SIM
ORTODONTIA	PLACA DE HAWLEY	SIM
ORTODONTIA	PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR	SIM
ORTODONTIA	PLACA DE MORDIDA ORTODÔNTICA	SIM

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
ORTODONTIA	PLACA DE SCHWARZ	SIM
ORTODONTIA	PLACA DE VERTICALIZAÇÃO DE CANINOS	SIM
ORTODONTIA	PLACA DUPLA DE SANDERS	SIM
ORTODONTIA	PLACA ENCAPSULADA DE MAURÍCIO	SIM
ORTODONTIA	PLACA LÁBIO-ATIVA	SIM
ORTODONTIA	PLANO ANTERIOR FIXO	SIM
ORTODONTIA	PLANO INCLINADO	SIM
ORTODONTIA	QUADRIHÉLICE	SIM
ORTODONTIA	REGULADOR DE FUNÇÃO DE FRANKEL	SIM
ORTODONTIA	SIMÕES NETWORK	SIM
ORTODONTIA	SPLINTER	SIM
PACIENTES ESPECIAIS	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	SIM
PACIENTES ESPECIAIS	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	SIM
PACIENTES ESPECIAIS	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	SIM
PACIENTES ESPECIAIS	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	SIM
PACIENTES ESPECIAIS	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	NÃO
PERIODONTIA	AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	SIM
PERIODONTIA	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	SIM
PERIODONTIA	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM
PERIODONTIA	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	SIM
PERIODONTIA	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	SIM
PERIODONTIA	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	SIM
PERIODONTIA	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	SIM
PERIODONTIA	CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA	SIM
PERIODONTIA	CUNHA PROXIMAL	SIM

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
PERIODONTIA	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	SIM
PERIODONTIA	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL	NÃO
PERIODONTIA	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	SIM
PERIODONTIA	ENXERTO PEDICULADO	SIM
PERIODONTIA	GENGIVECTOMIA	SIM
PERIODONTIA	GENGIVOPLASTIA	SIM
PERIODONTIA	RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	SIM
PERIODONTIA	RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR - PCT	SIM
PERIODONTIA	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	SIM
PERIODONTIA	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL - PCT	SIM
PERIODONTIA	REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	SIM
PERIODONTIA	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA	SIM
PERIODONTIA	TUNELIZAÇÃO	SIM
PREVENÇÃO ODONTOLÓGICA	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	SIM
PREVENÇÃO ODONTOLÓGICA	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	SIM
PREVENÇÃO ODONTOLÓGICA	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES	SIM
PREVENÇÃO ODONTOLÓGICA	PALESTRA DE SAÚDE BUCAL	NÃO
PREVENÇÃO ODONTOLÓGICA	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	SIM
PREVENÇÃO ODONTOLÓGICA	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO - PCT	SIM
PRÓTESE	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	NÃO
PRÓTESE	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	NÃO
PRÓTESE	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	NÃO
PRÓTESE	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	NÃO
PRÓTESE	COROA PROVISÓRIA COM PINO	SIM
PRÓTESE	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	SIM

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
PRÓTESE	COROA TOTAL ACRÍLICA PRENSADA	SIM
PRÓTESE	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	NÃO
PRÓTESE	COROA TOTAL EM CERÔMERO - APENAS DENTES ANTERIORES	SIM
PRÓTESE	COROA TOTAL METÁLICA	SIM
PRÓTESE	COROA TOTAL METALO CERÂMICA	NÃO
PRÓTESE	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA – CERÔMERO	NÃO
PRÓTESE	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA – RESINA ACRÍLICA	NÃO
PRÓTESE	FACETA EM CERÂMICA PURA	NÃO
PRÓTESE	FACETA EM CERÔMERO	NÃO
PRÓTESE	GUIA CIRÚRGICO PARA PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	NÃO
PRÓTESE	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	SIM
PRÓTESE	ONLAY DE RESINA INDIRETA	NÃO
PRÓTESE	ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	SIM
PRÓTESE	PINO PRÉ FABRICADO	SIM
PRÓTESE	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	SIM
PRÓTESE	PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA (PROVISÓRIA)	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO CERÂMICA	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO PLÁSTICA	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERÂMICA	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO PLÁSTICA	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE PARCIAL FIXA IN CERAN LIVRE DE METAL (METAL FREE)	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO	NÃO

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
PRÓTESE	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE TOTAL	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	NÃO
PRÓTESE	PRÓTESE TOTAL INCOLOR	NÃO
PRÓTESE	PROVISÓRIO PARA FACETA	NÃO
PRÓTESE	PROVISÓRIO PARA INLAY/ONLAY	NÃO
PRÓTESE	PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	SIM
PRÓTESE	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM CONSULTÓRIO)	NÃO
PRÓTESE	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - INLAY	NÃO
PRÓTESE	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - ONLAY	NÃO
PRÓTESE	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY	NÃO
PRÓTESE	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY	NÃO
PRÓTESE	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - INLAY	NÃO
PRÓTESE	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - ONLAY	NÃO
PRÓTESE	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	SIM
RADIOGRAFIA	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING	SIM
RADIOGRAFIA	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING	NÃO
RADIOLOGIA	DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA	NÃO
RADIOLOGIA	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA	NÃO
RADIOLOGIA	DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA BÁSICA	NÃO
RADIOLOGIA	DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA COMPLETA	NÃO
RADIOLOGIA	DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA SIMPLIFICADA	NÃO
RADIOLOGIA	FOTOGRAFIA	NÃO
RADIOLOGIA	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	SIM

Especialidade	Nome Procedimento	Disponível no Plano
RADIOLOGIA	MODELOS ORTODÔNTICOS	NÃO
RADIOLOGIA	RADIOGRAFIA DA ATM	NÃO
RADIOLOGIA	RADIOGRAFIA OCLUSAL	SIM
RADIOLOGIA	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA)	SIM
RADIOLOGIA	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA) COM TRAÇADO PARA IMPLANTES	NÃO
RADIOLOGIA	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	SIM
RADIOLOGIA	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	NÃO
RADIOLOGIA	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	NÃO
RADIOLOGIA	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO – CONE BEAM	NÃO
RADIOLOGIA	TOMOGRÁFIA CONVENCIONAL – LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL	NÃO
TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	SIM
TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO	TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA	SIM
TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO	TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA	SIM
TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO	TESTE DE FLUXO SALIVAR	SIM
TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO	TESTE DE PH SALIVAR	SIM

**PREVIDENT**

Cobertura do Plano

ANS 37.444-0

**PREVIDENT**