Tabela Crown Odonto
Descrição de serviços e reembolso

Esta Tabela tem a finalidade de estabelecer **VALORES REFERENCIAIS** aos procedimentos odontológicos e suas respectivas coberturas no Plano contratado para repasse a Rede Credenciada.

Orientações importantes para o pagamento de honorários:

1 - Não é coberto em nenhum plano, restaurações com finalidade estética (só é aceito quando há infiltração e cárie). Exemplo: restaurações de amálgama que estão sem infiltração (lesões cariosas) ou fraturas, serem trocadas por restaurações em resina.

2 - Para efeito de auditoria e pagamento, enviar Radiografia ou Fotografia inicial e/ou final quando solicitados na coluna desta tabela de procedimento campo Raio-x ou FOTO. É imprescíndivel o envio do Raio-x ou foto para efeito de pagamento dos honorários.

3 - Só será aceito imagens que estejam com boa visualização da área a ser tratada. Radiografias mal tomadas, mal reveladas e mal fixadas não serão aceitas.

4- Procedimentos **não cobertos** deverão ser pagos diretamente ao credenciado pelo beneficiário, seguindo rigorosamente os valores desta Tabela.

5- No cálculo de repasses dos serviços cobertos pelo plano do beneficiário, será utilizado o valor da U.S.O estabelecida contratualmente.

6- Não serão reembolsados as repetições de tratamento com prazo inferiores especificado no campo Periodicidade desta tabela de, exceto com autorização prévia da Crown Odonto. Deverão também ser consideradas todas as observações destacadas descritas logo abaixo do grupo de procedimentos.

7- Os procedimentos quando propostos e não cobertos pelo plano do beneficiário e seu respectivo valor, deverá ser descrito obrigatoriamente no campo 37 (VALOR) na **GTO - Guia de Tratamento Odontológico**, para efeito de atualização do prontuário clínico do beneficiário e controle de qualidade.

8- Todas as radiografias iniciais e/ou finais necessárias para a visualização da área tratada já estão inclusas no valor do procedimento.

Tabela de Regiões	
AC	Arcada Completa
AS	Arco Superior
AI	Arco Inferior
HSE	Hemi Arco Superior Esquerdo
HSD	Hemi Arco Superior Direito
HIE	Hemi Arco Inferior Esquerdo
HID	Hemi Arco Inferior Direito

Legenda	
I	Radiografia Inicial
F	Radiografia Final
✓	Procedimento Coberto
	Procedimento Não Coberto
USO	Unidade de Serviço Odontológico
I-F	Raio-x Inicial e Final
I-F*	Raio-x ou fotografia Inicial e Final

Tabela Crown Odonto
Descrição de serviços e reembolso

		Região	Rx ou foto	Periodicidade	Essencial RN59	Especial	Especial PLUS Executivo PLUS Coletivo PLUS Individual	Special Master	Orto PLUS	Laser	Premium I Executivo I Diplomata I	Premium III Executivo III Diplomata III	Global Esthetic	USO
81.000.065	Consulta odontológica inicial	AC	N	6m	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	27,00
81.000.030	Consulta odontológica - Periódica	AC	N	6m	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	27,00
81.000.049	Consulta odontológica de Urgência	Dente/Região	I-F	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	40,00
81.000.057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs (20:00hs à 08:00hs)	Dente/Região	I-F	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	67,00
81.000.073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	AC	N	-			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	27,00
81.000.189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	AC	N	6m	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	27,00
30.202.027	Biópsia de boca	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	41,00
30.201.012	Biópsia de lábio	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	41,00
30.203.031	Biópsia de língua	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	41,00
30.211.018	Biópsia de mandíbula	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	41,00
82.000.280	Biópsia de maxila	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	41,00
30.204.011	Biópsia de glândula salivar	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	41,00
81.000.111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	70,00
81.000.138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	70,00
81.000.154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	70,00
81.000.170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	70,00
Obs.	81.000.065, 81.000.189 e 81.000.030: Serão reembolsados pela apresentação da GTO corretamente preenchida e planos de tratamento proposto. A remuneração de qualquer um deles desconsidera reembolso simultâneo do outro e vice-versa.													
	81.000.049 e 81.000.057: Será considerado URGÊNCIA, aqueles casos que forem decorrentes das exigências de atendimento imediato, tais como: curativo e/ou sutura em caso hemorragia bucal/labial, curativo em caso de odontalgias aguda incluindo situações que necessitam de procedimentos clínicos para supressão da dor (pulpectomia/ pulpotomia/necrose, extrações simples, alveolites, incisão e drenagem de abscessos intra e extra oral, inclusive abcesso periodontal), traumas com intrusão ou fratura dental, imobilização dentária temporária, colagem de fragmento, sutura de ferida em região buco-maxilo facial, reimplante dentário e contenção/amarria/imobilização temporária - inclusive em Periodontia, redução de luxação da ATM, remoção e/ou recimentação provisória de trabalhos protéticos, tratamento de pericoronarite, consertos que não envolvam laboratórios, sendo encaminhado com a anotação de serviços executados na GTO, além das radiografias (nos casos de Endo, Perio e Cirurgia) e assinaturas necessárias. O item 81.000.049 e 81.000.057, quando executados simultâneos aos itens 81.000.065 e 81.000.030, exclui o reembolso destes, e não será considerado para pacientes em tratamento. Estes procedimento já incluem RX quando necessários. Serão desconsiderados com prazo de repetição inferior a 30 dias.													
	81.000.073: Será reembolsado apenas quando solicitado e executado em Serviços Autorizados pela CROWN.													
	Biópsias e anatomopatológico: Serão reembolsadas isoladamente quando apresentadas, desde que num prazo de 60 (sessenta) dias não tenha havido qualquer tratamento resultante das necessidades diagnosticadas pelo mesmo. Remuneração exclusiva pelo ato cirúrgico.													

CÓD. TUSS	RADIOLOGIA													USO
81.000.421	Radiografia periapical	Dente	S	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	13,00
81.000.383	Radiografia oclusal	Arco	S	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	23,00
81.000.375	Radiografia interproximal - *bite-wing*	-	S	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	13,00
81.000.570	Técnica de localização radiográfica	-	S	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	26,00
Obs.	**81.000.421 / 81.000.383 / 81.000.375:** Serão reembolsados (por unidade) contra apresentação, sendo 2 (DUAS) limite máximo por plano de tratamento, quando forem de diagnóstico. Se mais forem necessários deverão ser autorizadas pela Perícia/Auditoria. Os Rx's deverão ser enviados juntamente com a GTO, acondicionados em cartelas próprias, identificando dente / hemi-arco.													
	81.000.570 - Inclui 2 radiografias periapicais. Quando realizada em clínica radiológica, é necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Quando realizada em consultório é necessário anexar em sistema o exame realizado													

CÓD. TUSS	PREVENÇÃO													USO
84.000.031	Aplicação de cariostático por arco	Arco	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	19,00
84.000.074	Aplicação de selante	Dente	S	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	23,00
84.000.058	Aplicação de selante - técnica invasiva	Dente	S	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	23,00
84.000.090	Aplicação tópica de flúor - boca toda	AC	N	6m	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	42,00
84.000.112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	21,00
87.000.016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
84.000.139	Atividade educativa em saúde bucal	AC	N	6m	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
87.000.024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
84.000.198	Profilaxia: polimento coronário por arco	Arco	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	17,00
84.000.201	Remineralização por arco	Arco	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	45,00
83.000.135	Restauração atraumática em dente decíduo	Arco	N	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	35,00
85.100.080	Restauração atraumática em dente permanente	Arco	N	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	44,00
84.000.228	Teste de capacidade tampão da saliva	AC	N	12m					✓	✓	✓	✓	✓	40,00
84.000.236	Teste de contagem microbiológica	AC	N	12m					✓	✓	✓	✓	✓	40,00
41.401.654	Teste de fluxo salivar	AC	N	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	40,00
84.000.252	Teste de PH salivar	AC	N	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	40,00
Obs.	**84.000.090:** Será reembolsado arcada completa, Superior e Inferior, autorizado para paciente até 15 anos de idade. Não serão considerados em repetições com prazos inferiores à 6 (seis) meses.													
	84.000.058: Será reembolsado, por dente decíduo em criança até 6 (seis) anos e dentes permanentes molares e pré-molares até 14 (quatorze) anos, porém não serão considerados em repetições com prazos inferiores a 12 (doze) meses. Reembolsados somente em dentes sem restaurações.													
	84.000.201: Autorizado para pacientes até 14 (quatorze) anos. Não reembolsado quando ocorrer procedimentos de dentística programados/realizados e com adequada justificativa clínica.													
	84.000.031: Remuneração apenas quando não houver outros procedimentos de dentística e/ou endodontia programados/realizados nos mesmos dentes e com adequada justificativa clínica. Exclui os procedimentos restauradores e de remineralização.													
	84.000.228 / 84.000.236 / 41.401.654 / 84.000.252 : Será reembolsado apenas quando autorizado pela perícia e/ou em Serviços Autorizados pela CROWN.													
	84.000.112: Por no máximo 3 sessões, desde que realizadas em datas distintas. Não é pago junto com os códigos 84.000.031, 84.000.090, 84.000.201 e 85.300.012.													
	83.000.135 / 85.100.080: Remuneração apenas quando não houver outros procedimentos de dentística e/ou endodontia programados/realizados nos mesmos dentes e com adequada justificativa clínica, e vice-versa.													
	84.000.198: Não remunerado com os códigos de raspagem supra gengival- 85300047, raspagem subgengival- 85300039, e cirurgia periodontal a retalho- 82000417													

Tabela Crown Odonto
Descrição de serviços e reembolso

CÓD. TUSS	ODONTOPEDIATRIA	Região	Rx ou foto	Periodicidade	Essencial RN59	Especial	Especial PLUS Executivo PLUS Coletivo PLUS Individual	Special Master	Orto PLUS	Laser	Premium I Executivo I Diplomata I	Premium III Executivo III Diplomata III	Global Esthetic	USO
85.100.242	Adequação do meio bucal	AC	-	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	21,00
81.000.014	Condicionamento em Odontologia	-	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
00.001.541	Conserto de mantenedor de espaço	-	N	6m									✓	63,00
84.000.171	Controle de cárie incipiente	Dente	I*	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	20,00
83.000.020	Coroa de acetato em dente decíduo	Dente	I-F*	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	95,00
83.000.046	Coroa de aço em dente decíduo	Dente	I-F*	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	95,00
83.000.062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	Dente	I-F*	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	95,00
82.000.700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	AC	-	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	27,00
87.000.148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes	AC	-	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	27,00
00.001.600	Fechamento de diastema com aparelho fixo bilateral	Arco	N	-									✓	135,00
00.001.590	Fechamento de diastema com aparelho removível	Arco	N	-									✓	158,00
83.000.097	Mantenedor de espaço fixo	Arco	N	24m									✓	158,00
83.000.100	Mantenedor de espaço removível	Arco	N	24m									✓	158,00
86.000.551	Plano inclinado	-	I	-									✓	158,00
Obs.	**81.000.014:** Autorizado somente para paciente até 07 anos de idade. Será reembolsado em até no máximo 3 (três) sessões por plano de tratamento.													
	84.000.171: O controle será pago a cada semetre desde que não ocorra tratamento com o mesmo profissional/ clínica neste período. Não remunerado com nenhum tipo de procedimento de selante 84.000.074 /84000.058.													
	83.000.020 / 83.000.046 / 83.000.062: Serão reembolsados em dentes decíduos com até 2/3 de raiz formada e não passíveis de reconstrução por meio direto e/ou dentes permanentes em pacientes especiais. Enviar junto com a GTO Foto ou Rx inicial e Rx final, estando incluído no procedimento o valor das radiografias.													
	Demais procedimentos: Serão reembolsados apenas quando autorizados pela perícia e/ou em Serviços Autorizados pela CROWN.													

CÓD. TUSS	DENTÍSTICA													USO
85.100.030	Clareamento dentário de consultório	Arco	N	24m									✓	365,00
85.100.048	Colagem de fragmentos dentários	Dente	I-F	24m	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	56,00
85.100.064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	Dente	I-F	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	64,00
85.400.211	Núcleo de preenchimento	Dente	I-F	36m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	26,00
00.002.150	Pino de retenção	Dente	I-F	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	12,00
85.100.099	Restauração de amálgama - 1 face	Dente	I	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	38,00
85.100.102	Restauração de amálgama - 2 faces	Dente	I	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	63,00
85.100.110	Restauração de amálgama - 3 faces	Dente	I	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	73,00
85.100.129	Restauração de amálgama - 4 faces	Dente	I	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	82,00
85.100.137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	Dente	N	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	29,00
85.100.145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	Dente	N	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	43,00
85.100.153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	Dente	N	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	55,00
85.100.161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	Dente	N	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	63,00
85.100.196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	Dente	I	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	44,00
85.100.200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	Dente	I	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	59,00
85.100.218	Restauração em resina fotopolimerizável 3	Dente	I	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	74,00
85.100.226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	Dente	I	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	78,00
85.200.085	Restauração temporária / tratamento expectante	Dente	I-F	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	23,00
Obs.	**Todas as restaurações:** Não autorizadas/remuneradas quando realizadas com finalidade exclusivamente estética, sem a presença de cárie, infiltração ou fratura. Já incluso núcleo de preenchimento, ajuste oclusal e polimento. As fotos ou radiografias iniciais das faces solicitadas deverão ser enviadas para análise.													
	Todas as restaurações: As restaurações serão repassadas de acordo com o número total de faces envolvidas, independente do número de cavidades preparadas.													
	85.200.085: Remuneração apenas quando não houver outros procedimentos de dentística programados/realizados nos mesmos dentes e com adequada justificativa clínica.													
	85.100.137 / 85.100.145 /85.100.153 / 85.100.161: Autorizado para pacientes até 14 anos de idade. Serão desconsiderados em repetições com prazos inferiores a 12 (doze) meses.													
	85.100.030: Inclui profilaxia e dessensibilização dentária. Todas as consultas necessárias para o procedimento já estão inclusas no valor. As trocas de restauração com finalidade estética necessárias após a realização do clareamento não possuem cobertura e deverão ser pagas pelo associado do plano, diretamente ao credenciado como serviço não coberto. Para os casos de uso de laser/led, a moldeira/placa quando necessária, já está inclusa no valor do procedimento.													
	85.400.211: Somente em dentes com tratamento endodôntico e grande destruição coronária , desde que não haja indicação para núcleo metálico fundido. Radiografia inicial e final incluídas no procedimento.													

Tabela Crown Odonto
Descrição de serviços e reembolso

CÓD. TUSS	ENDODONTIA	Região	Rx ou foto	Periodicidade	Essencial RN59	Especial	Especial PLUS Executivo PLUS Coletivo PLUS Individual	Special Master	Orto PLUS	Laser	Premium I Executivo I Diplomata I	Premium III Executivo III Diplomata III	Global Esthetic	USO
85.100.013	Capeamento pulpar direto	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	24,00
85.200.018	Clareamento de dente desvitalizado	Dente	I	36m					✓	✓	✓	✓	✓	109,00
85.100.056	Curativo de demora em endodontia	Dente	I	3m			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	46,00
00.003.430	Mumificação pulpar	Dente	I-F	-					✓	✓	✓	✓	✓	63,00
85.200.034	Pulpectomia	Dente	I-F	-	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	63,00
85.200.042	Pulpotomia	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	63,00
83.000.127	Pulpotomia em dente decíduo	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	63,00
85.200.050	Remoção de corpo estranho intra-canal	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	57,00
85.200.077	Remoção de núcleo intrarradicular	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	57,00
85.200.093	Retratamento endodôntico birradicular	Dente	I-F	36m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	267,00
00.003.341	Retratamento endodôntico de decíduo	Dente	I-F	36m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	72,00
85.200.107	Retratamento endodôntico multirradicular	Dente	I-F	36m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	385,00
85.200.115	Retratamento endodôntico unirradicular	Dente	I-F	36m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	214,00
85.200.123	Tratamento de perfuração endodôntica	Dente	I-F	36m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	95,00
85.200.131	Tratamento endodôndico de dente com rizogênese incompleta	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	35,00
85.200.140	Tratamento endodôntico birradicular	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	224,00
83.000.151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	71,00
85.200.158	Tratamento endodôntico multirradicular	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	305,00
85.200.166	Tratamento endodôntico unirradicular	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	162,00
Obs.	**00.003.430**: Será considerado isoladamente se não houver reembolso simultâneo dos tratamentos endodônticos, pulpectomias ou pulpotomias.													
	85.100.056 : Em casos de necessidade de troca de medicação intracanal em lesões refratárias extensas. Informar no campo 49 – Observações da GTO: medicamento e veículo utilizados. Para remuneração de repasse, serão avaliados a indicação técnica e o intervalo entre as trocas.													
	85.200.018: Será reembolsado apenas em dentes desvitalizados anteriores. Necessário envio de RX para a pré-aprovação. Radiografia necessária está incluída no valor do procedimento.													
	85.200.034: Pulpectomia, Serão considerados isoladamente se não houver reembolso simultâneo dos tratamentos endodônticos.													
	85.200.042: Pulpotomia, Evento restrito aos prontos-socorros.													
	85.200.131: Radiografias inclusas no procedimento. Autorização somente para pacientes menores de 15 anos.													
	Tratamentos endodônticos: Enviar junto com a GTO o Rx inicial e final. Obs.: Preparo Químico Mecânico e todas radiografias necessárias estão incluídas no valor do Procedimento. Já incluso núcleo de preenchimento.													

CÓD. TUSS	PERIODONTIA													USO
82.000.026	Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em	AC	-	3m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	54,00
82.000.050	Amputação radicular com obturação retrógrada	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	160,00
82.000.069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	149,00
82.000.212	Aumento de coroa clínica	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	46,00
82.000.417	Cirurgia periodontal a retalho	Hemi-Arco	I-F	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	124,00
00.004.140	Cirurgia por elemento (até 3 elementos)	Dente	I-F	12m					✓	✓	✓	✓	✓	37,00
84.000.163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	AC	N	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	16,00
82.000.557	Cunha proximal	Dente	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	149,00
85.300.012	Dessensibilização dentária - por arco	Arco	N	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	39,00
82.000.662	Enxerto gengival livre	Hemi-Arco	I-F*	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	124,00
82.000.689	Enxerto pediculado	Hemi-Arco	I-F*	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	124,00
82.000.921	Gengivectomia - por arco	Hemi-Arco	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	131,00
82.000.948	Gengivoplastia - por arco	Hemi-Arco	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	131,00
85.000.787	Imobilização dentária em dentes decíduos	Dente	I-F	12m	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	19,00
85.300.020	Imobilização dentária em dentes permanentes	Dente	I-F	12m	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	19,00
85.300.098	Manutenção periodontal	AC	-	3m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	58,00
00.004.910	Odontoplastia por dente	Dente	I-F	-						✓	✓	✓	✓	19,00
00.004.920	Osteoplastia (por hemi-arco)	Hemi-Arco	N	-					✓	✓	✓	✓	✓	149,00
00.004.620	Osteotomia	Hemi-Arco	N	-					✓	✓	✓	✓	✓	149,00
85.300.039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	Arco	S	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	70,00
85.300.047	Raspagem supra-gengival	Arco	S	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	34,00
82.001.243	Regeneração tecidual guiada – RTG	Hemi-Arco	N	-					✓	✓	✓	✓	✓	135,00
85.300.055	Remoção de fatores de retenção de biofilme	AC	I-F	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	49,00
00.004.610	Retalho de espessura total	Hemi-Arco	N	-					✓	✓	✓	✓	✓	149,00
00.004.420	Retalho de Widman modificado	Hemi-Arco	N	-					✓	✓	✓	✓	✓	149,00
00.004.440	Retalho palatino	AS	N	-						✓	✓	✓	✓	149,00
00.004.840	Retalho pediculadoposicionado lateralmente	Hemi-Arco	N	-								✓	✓	370,00
00.004.820	Retalho posicionado apicalmente (Espessura parcial)	Hemi-Arco	N	-					✓	✓	✓	✓	✓	149,00
00.004.810	Retalho posicionado apicalmente (Espessura total)	Hemi-Arco	N	-					✓	✓	✓	✓	✓	149,00
82.001.464	Sepultamento radicular	Dente	I-F	-					✓	✓	✓	✓	✓	15,00
85.300.063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	Arco	F	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	40,00
85.300.071	Tratamento de gengivite necrosante aguda - GUNA	Arco	-	12m					✓	✓	✓	✓	✓	30,00
85.300.080	Tratamento de pericoronarite	Dente	I	3m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	40,00
82.001.685	Tunelização	Dente	I-F	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	70,00
Obs.	**82.000.026** Evento restrito ao especialista em Periodontia. Utilizar para acompanhamento trimestral do paciente cirúrgico em periodontia. Não é pago para pacientes em tratamento ou com os eventos 81.000.030, 81.000.189, 81.000.065 e 82.000.506. Anexar à GTO o relatório periodontal.													
	82.001.243: Procedimentos a Retalho: Restritos a especialista em Periodontia. Será reembolsados apenas quando estiverem autorizados pela Perícia e / ou serviços autorizados pela CROWN.													
	82.001.464: Procedimento será reembolsado após tratamendo de canal.													
	82.001.685: Cobertura em dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca Grau II avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio.													
	84.000.163: Não haverá reembolso em repetições com prazos inferiores a 6 (seis) meses. Exclui reembolso simutâneo dos itens de profilaxia, flúor e atividade educativa em saúde.													
	85.300.012: Autorização condicionado à justificativa clínica válida do dentista solicitante, não será remunerada caso esteja associado ao tratamento periodontal.													
	85.300.039: Não Remunerado com os códigos de profilaxia 84000198, raspagem supra gengival- 85300047 e cirurgia periodontal a retalho 82000417.Comprovação de perda óssea vertical. Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada-bolsas de 4mm. Idade mínima de 15 anos. Necessário Rx inicial para análise.													
	85.300.047: Não remunerado com os códigos de profilaxia- 84000198, raspagem subgengival- 85300039 e cirurgia periodontal a retalho- 82000417.Tratamento não cirúrgico de bolsas de até 4mm. Idade mínima de 15 anos Remunerado somente com a fotografia inicial comprovando a presença de cálculo dental.													
	85300098: Exclusivo para periodontia avançada. Utilizar para acompanhamento trimestral do paciente pós-cirúrgico em periodontia. Não é pago para paciente em tratamento ou com eventos 81.000.030, 81.000.189, 81.000.065 e 82.000.026. Anexar à GTO o relatório periodontal padrão da Crown Odonto (Relatório de Periograma), disponível para impressão no portal da Crown Odonto.													
	Cirurgia Periodontal a Retalho e por elemento, Tratamento de Guna e de Abscesso Periodontal, exclui reembolso simultâneo de Raspagens e demais procedimentos de cirurgia periodontal.													
	Todos os procedimentos de Cirurgia Periodontal, serão reembolsados apenas quando estiverem autorizados pela Perícia e / ou serviços autorizados pela CROWN.													

Tabela Crown Odonto
Descrição de serviços e reembolso

CÓDIGO TUSS	CIRURGIA	Região	Rx ou foto	Periodicidade	Essencial RN59	Especial	Especial PLUS Executivo PLUS Coletivo PLUS Individual	Special Master	Orto PLUS	Laser	Premium I Executivo I Diplomata I	Premium III Executivo III Diplomata III	Global Esthetic	USO
82.000.034	Alveoloplastia / Alveolotomia	Arco	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	90,00
82.000.077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	250,00
82.000.085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	243,00
82.000.158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	250,00
82.000.166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	243,00
82.000.174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	239,00
82.000.182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	190,00
82.000.190	Aprofundamento/aumento de vestíbulo	Hemi-Arco	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	150,00
82.000.298	Bridectomia	Hemi-Arco	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	108,00
82.000.301	Bridotomia	Hemi-Arco	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	108,00
82.000.336	Cirurgia odontológica a retalho	Hemi-Arco	I-F	-					✓	✓	✓	✓	✓	107,00
82.000.360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	AI	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	144,00
82.000.387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	AI	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	90,00
82.000.395	Cirurgia para torus palatino	AS	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	90,00
82.000.441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região BMF	AC	-	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	42,00
87.000.032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades	AC	-	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	27,00
82.000.468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático na região	Hemi-Arco	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	33,00
82.000.484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático na região	Hemi-Arco	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	33,00
00.006.310	Curetagem apical birradicular	Dente	I-F	-			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	243,00
00.006.350	Curetagem apical trirradicular	Dente	I-F	-			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	243,00
00.006.280	Curetagem apical unirradicular	Dente	I-F	-			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	190,00
00.006.460	Curetagem de foco residual	Dente	I-F	-						✓	✓	✓	✓	100,00
81.000.197	Diagnóstico e tratamento de estomatite herpética	AC	I	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	27,00
81.000.200	Diagnóstico e tratamento de estomatite por candidose	AC	I	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	27,00
81.000.219	Diagnóstico e tratamento de halitose	AC	-	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	27,00
81.000.235	Diagnóstico e tratamento de xerostomia	AC	-	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	27,00
00.006.410	Enucleação de cisto de retenção	Hemi-Arco	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	130,00
87.000.148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes	AC	-	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	27,00
82.000.743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	Hemi-Arco	I-F*		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	150,00
82.000.778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	-	I*	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	72,00
82.000.786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	Hemi-Arco	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	150,00
82.000.794	Exérese ou excisão de mucocele	-	I-F*	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	120,00
82.000.808	Exérese ou excisão de rânula	-	I-F*	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	120,00
82.000.816	Exodontia a retalho	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	90,00
82.000.859	Exodontia de raiz residual nível Gengival ou Intra-óssea	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	54,00
00.006.160	Exodontia múltipla com alveoloplastia (4 ou + elementos)	Hemi-Arco	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	154,00
82.000.832	Exodontia por indicação ortodôntica ou protética	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	46,00
83.000.089	Exodontia simples de decíduo	Dente	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	36,00
82.000.875	Exodontia simples de permanente	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	46,00
82.000.352	Exostose maxilar	AS	I-F	-					✓	✓	✓	✓	✓	90,00
30.201.063	Frenotomia labial	Arco	I-F*	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	68,00
30.203.015	Frenotomia lingual	Arco	I-F*	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	77,00
82.000.883	Frenulectomia labial	Arco	I-F*	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	68,00
82.000.891	Frenulectomia lingual	Arco	I-F*	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	77,00
82.000.905	Frenulotomia Labial	Arco	I-F*	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	68,00
82.000.913	Frenulotomia Lingual	Arco	I-F*	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	77,00

Tabela Crown Odonto
Descrição de serviços e reembolso

		Região	Rx ou foto	Periodicidade	Essencial RN59	Especial	Especial PLUS Executivo PLUS Coletivo PLUS Individual	Special Master	Orto PLUS	Laser	Premium I Executivo I Diplomata I	Premium III Executivo III Diplomata III	Global Esthetic	USO
82.001.022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão	Hemi-Arco	N	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100,00
82.001.030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão	Hemi-Arco	N	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	57,00
00.006.540	Marzupialização de cisto	-	N	-						✓	✓	✓	✓	155,00
82.001.073	Odonto-secção com ou sem amputação radicular	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	149,00
82.001.103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	-	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	60,00
30.201.080	Reconstrução de sulco gengivo - labial	Hemi-Arco	N	-					✓	✓	✓	✓	✓	108,00
82.001.170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	Hemi-Arco	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	240,00
82.001.189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	Hemi-Arco	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	125,00
82.001.197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	-	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	40,00
82.001.251	Reimplante dentário com contenção	Dente	I-F	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	125,00
82.001.251	Reimplante dentário com contenção	Dente	I-F	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	125,00
82.001.286	Remoção de dentes inclusos / impactados	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	233,00
82.001.294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	Dente	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	175,00
82.001.308	Remoção de dreno extra-oral	Hemi-Arco	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	33,00
82.001.316	Remoção de dreno intra-oral	Hemi-Arco	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	33,00
82.001.367	Remoção de odontoma	-	N	-					✓	✓	✓	✓	✓	120,00
82.001.499	Sutura de ferida na região BMF	Hemi-Arco	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	33,00
82.001.502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	Dente	I-F	-									✓	250,00
82.001.510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	-	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	90,00
82.001.529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	-	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	90,00
82.001.545	Tratamento cirúrgico de bridas constrictivas da região BMF	Hemi-Arco	N	-					✓	✓	✓	✓	✓	108,00
82.001.553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles	-	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	90,00
82.001.588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos	-	I-F	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	120,00
82.001.596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos	-	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	120,00
82.001.618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	-	N	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	120,00
82.001.634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos (sem reconstrução)	-	I-F	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	120,00
82.001.650	Tratamento de alveolite	Dente	N	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	45,00
82.001.707	Ulectomia	Dente	I	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	42,00
82.001.715	Ulotomia	Dente	I	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	42,00
Obs.	**82.000.190:** Inclui extensão de vestíbulo e reconstrução de sulco-gengivo-labial.													
	82.001.502: Inclui manobra cirúrgica e acessórios ortodônticos.													
	82.000.794 / 82.000.808 / 82.000.778: Remuneração exclusiva pelo ato cirúrgico. O resultado do exame histopatológico deve ser apresentado na cobrança.													
	82.000.0034: Remunerado apenas quando associado à exodontias múltiplas.													
	82.000.441: Restrito a especialidades de Cirurgia ou Semiologia. Descrever no campo 49 - Observações da GTO: local, descrição da lesão (tamanho, cor e localização),hipótese diagnóstica e técnica utilizada.													
	87.000.148/ 87.000.032: Evento restrito a pacientes com necessidades especiais. Não remunerado com eventos 81.000.014 e 82.000.700.													
	82.001.251: Não necessitará de autorização previa pela CROWN, apenas radiografia inicial e final que já estão inclusas no valor do procedimento.													

CÓD. TUSS	PRÓTESE													USO
85.400.017	Ajuste Oclusal por acréscimo (máximo de 3 sessões)	AC	N	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	26,00
85.400.025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (máximo 3 sessões)	AC	N	12m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	30,00
85.400.033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em	Arco	N	12m								✓	✓	107,00
85.400.050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	Arco	N	12m								✓	✓	107,00
00.005.110	Coroa 3/4 ou 4/5	Dente	I-F	60m									✓	337,00
87.000.040	Coroa de acetato em dente permanente	Dente	I-F*	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	95,00
87.000.059	Coroa de aço em dente permanente	Dente	I-F*	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	95,00
87.000.067	Coroa de policarbonato em dente permanente	Dente	I-F*	24m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	95,00
85.400.076	Coroa provisória com pino	Dente	I-F*	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	132,00
85.400.084	Coroa provisória sem pino	Dente	I-F*	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	132,00
85.400.092	Coroa total acrílica prensada	Dente	I-F	60m								✓	✓	495,00
85.400.106	Coroa total em cerâmica pura	Dente	I-F	60m									✓	660,00
85.400.114	Coroa total em cerômero (Segmento Anterior)	Dente	I-F*	60m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	600,00
85.400.149	Coroa total metálica	Dente	I-F	60m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	350,00
85.400.157	Coroa total metalo cerâmica	Dente	I-F	60m									✓	907,00
85.400.173	Coroa total metalo plástica – resina acrílica	Dente	I-F	60m								✓	✓	520,00
00.005.070	Coroa Veneer frezada com nicho	Dente	I-F	60m								✓	✓	700,00
81.000.243	Diagnóstico por meio de enceramento com modelo de gesso	AC	N	12									✓	60,00
00.005.030	Encaixe (macho ou fêmea) por elemento	Dente	I-F	60m								✓	✓	282,00
85.400.181	Faceta em cerâmica pura	Dente	I-F	60m									✓	685,00
85.400.203	Guia cirúrgico para prótese total imediata	Arco	N	-								✓	✓	260,00
00.005.240	Modelos de estudo (superior e inferior)	AC	N	6m								✓	✓	53,00
85.400.220	Núcleo metálico fundido	Dente	I-F	60m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	160,00

Tabela Crown Odonto
Descrição de serviços e reembolso

		Região	Rx ou foto	Periodicidade	Essencial RN59	Especial	Especial PLUS Executivo PLUS Coletivo PLUS Individual	Special Master	Orto PLUS	Laser	Premium I Executivo I Diplomata I	Premium III Executivo III Diplomata III	Global Esthetic	USO
85.400.246	Órtese miorrelaxante + ajustes	Arco	N	60m								✓	✓	290,00
85.400.262	Pino pré fabricado	Dente	I-F	60m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	140,00
00.005.320	Preenchimento em amálgama	Dente	I-F	36m								✓	✓	70,00
00.005.330	Preenchimento em amálgama com pino intra-radicular	Dente	I-F	36m								✓	✓	80,00
00.005.340	Preenchimento em resina	Dente	I-F	36m								✓	✓	100,00
00.005.350	Preenchimento em resina com pino intra-radicular	Dente	I-F	36m								✓	✓	100,00
85.200.026	Preparo para núcleo intrarradicular	Dente	I-F*	60m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	70,00
85.400.300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica - 3 elementos	Dente	I-F	60m									✓	1300,00
85.400.319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica - 3 elementos	Dente	I-F	60m								✓	✓	1100,00
85.400.335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica - por elemento	Dente	I-F	60m									✓	938,00
85.400.343	Prótese parcial fixa em metalo plástica - por elemento	Dente	I-F	60m								✓	✓	750,00
85.400.378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	Arco	I-F	60m								✓	✓	1219,00
85.400.386	Prótese parcial removível com grampos bilateral	Arco	N	60m								✓	✓	810,00
85.400.394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	Arco	N	60m								✓	✓	325,00
85.400.408	Prótese total	Arco	N	60m								✓	✓	938,00
85.400.416	Prótese total imediata	Arco	N	60m								✓	✓	750,00
85.400.459	Provisório para RMF em consultório ou em laboratório	Dente	I-F*	6m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	132,00
85.400.467	Recimentação de trabalhos protéticos	Dente	I-F	3m	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	25,00
00.005.193	Recimentação protética com elemento suspenso (até 3 elementos)	Dente	I-F	12m	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	50,00
00.005.191	Recolocação de incrustação	Dente	I-F	12m	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	38,00
85.400.475	Reembasamento de coroa provisória	Dente	I-F*	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	40,00
85.400.483	Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório)	Arco	N	12m								✓	✓	200,00
85.400.491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	Arco	N	12m								✓	✓	200,00
85.400.505	Remoção de trabalho protético	Dente	I-F*	-		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	40,00
85.400.513	Restauração em cerâmica pura - *inlay*	Dente	I-F	60m									✓	685,00
85.400.521	Restauração em cerâmica pura - *onlay*	Dente	I-F	60m									✓	685,00
85.400.530	Restauração em cerômero - *onlay*	Dente	I-F	60m									✓	469,00
85.400.556	Restauração metálica fundida	Dente	I-F*	60m		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	337,00

Obs.

Os serviços de prótese: serão reembolsados, quando houver cobertura pelo plano do associado e os mesmos forem previamente autorizados pela Perícia e / ou Departamento de Auditoria da Crown. Para autorização do tratamento deve ser enviado junto com, a GTO o Plano de Tratamento, o Rx inicial ou Fotografia. Para a solicitação do pagamento deve ser enviado junto com GTO o Rx final do tratamento. As radiografias inicial e final e fotografias estão incluídas no valor do procedimento.

Os elementos unitários não serão considerados, quando for elemento de prótese fixa. Neste caso utilizar os códigos 85.400.343 e 85.400.335

85.400.262: Já incluso preenchimento.

00.005.240: Será reembolsado isoladamente quando apresentado somente nos casos onde não hajam reembolsos simultâneos de qualquer um dos outros itens.

85.400.084 /85.400.076 /85.400.459: A recimentação esta inclusa no valor do procedimento (garantia do serviço) e um prazo de 6 (seis) meses.

85.400.114: Serão reembolsados em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto.

85.400.149: Serão reembolsados em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto. Garantia do servico de 60 (sessenta) meses para repeticao do evento.

85.400.319 e 85.400.300: O valor de repasse é referente a prótese de 3 elementos.

87.000.059: Autorizado somente para dentes anteriores.

85.400.556: Serão reembolsado em dentes permanentes posteriores com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto ou dentes com comprometimento de cúspides funcionais, independente do número de faces afetadas. Já inclusos provisório e cimentação.

CÓD. TUSS	ORTODONTIA													USO
86.000.098	Aparelho ortodôntico fixo metálico	Arco	-	60m										*******
86.000.110	Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial	Arco	-	60m										*******
86.000.357	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	AC	-	1m					✓					*******
86.000.373	Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	AC	-	1m					✓					*******
00.007.190	Colocação de aparelho ortodôntico	AC	-	-		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	*****

Obs.

86.000.098 e 86.000.110: O custo individual dos aparelhos ortodônticos estão incluidos na taxa de manutenção.

86.000.357 e 86.000.373: Execução exclusiva por credenciado da Rede Específica de Ortodontia. Os valores seguem acordo contratual com o credenciado. O custo individual dos aparelhos ortodônticos estão incluídos na taxa de manutenção. Será necessário o envio da Ficha Clínica - Início do Tratamento Ortôntico, Ficha de Planejamento para autorização do tratamento. No envio da primeira GTO solicitando reembolso da primeira manutenção deverá enviar o Termo de Consentimento de Tratamento Ortodôntico assinado pelo beneficiário.

00.007.190: Os valores da colocação do aparelho fixo e/ou removível será estipulado mediante negociação entre o credenciado da Rede Específica de Ortodontia e a CROWN.

CÓD. TUSS	LASER													USO
00.008.010	Aftas e úlceras traumáticas - até 2 aplicações	AC	I*	-						✓				17,00
00.008.020	Alveolite - até 3 aplicações	AC	I	-						✓				17,00
00.008.030	Amelogênese imperfeita - até 4 aplicações	AC	N	6m						✓				17,00
00.008.040	Bioestimulação óssea- até 4 aplicações	AC	N	6m						✓				17,00
00.008.060	Disfunção de ATM - até 8 aplicações por tratamento	-	N	2m						✓				17,00
00.008.050	Drenagem linfática - até 4 aplicações	-	N	2m						✓				17,00
00.008.070	Edemas - até 2 aplicações	-	N	2m						✓				17,00
00.008.080	Endodontia - 1 aplicação por dente	Dente	I	6m						✓				17,00
00.008.090	Extração - 01 aplicação por dente	Dente	I	-						✓				17,00
00.008.100	Gengivite - até 2 aplicações por tratamento	Arco	N	6m						✓				17,00
00.008.110	Herpes simples - até 2 aplicações por tratamento	-	I*	-						✓				17,00
00.008.120	Herpes zoster - até 2 aplicações por tratamento	-	I*	-						✓				17,00
00.008.130	Hipersensibilidade de colo dentinário- até 4 aplicações	AC	N	6m						✓			✓	17,00

Tabela Crown Odonto
Descrição de serviços e reembolso

		Região	Rx ou foto	Periodicidade	Essencial RN59	Especial	Especial PLUS Executivo PLUS Coletivo PLUS Individual	Special Master	Orto PLUS	Laser	Premium I Executivo I Diplomata I	Premium III Executivo III Diplomata III	Global Esthetic	USO
00.008.140	Implantodontia - até 8 aplicações	AC	I	6m						✓				17,00
00.008.160	Língua geográfica - até 4 aplicações	-	I*	6m						✓				17,00
00.008.180	Nevralgia de trigêmio- até 10 aplicações	-	N	2m						✓				17,00
00.008.190	Ortodontia - 01 aplicação por mês	AC	N	1m						✓				17,00
00.008.200	Paralisia facial de Bell - até 10 aplicações	-	N	2m						✓				17,00
00.008.220	Parestesia - até 10 aplicações	-	N	3m						✓				17,00
00.008.230	Pericoronarite - até2 aplicações por tratamento	Dente	I	6m						✓				17,00
00.008.240	Periodontite- até 4 aplicações por tratamento	AC	N	12m						✓				17,00
00.008.250	Queilite angular - até 2 apliações (lado direito e esquerdo)	-	I*	-						✓				17,00
00.008.260	Traumatologia - até 10 aplicações por tratamento	-	I*	-						✓				17,00
00.008.270	Xerostomia - até 7 aplicações por mês	-	N	3m						✓				17,00
Obs.	**8020, 8050, 8070 e 8090:** Exclui reembolso simultâneo.													
	8040 a 8070, 8180, 8200, 8220 e 8270: Os procedimentos serão liberados quando no campo 47 (observação) da GTO houver justificativa e aprovado pela auditoria.													
	8040, 8080, 8100, 8140, 8190, 8240 e 8260: Exclui reembolso simultâneo													
	8050: Serão reembolsados até 04 aplicações,serão desconsiderados em repetição com prazo inferior a 2 (dois) meses.													
	8060: Serão desconsiderados em repetição com prazo inferior a 2 (dois) meses.Será considerado lado direito e esquerdo													
	8070: Serão reembolsados até 02 aplicações,serão desconsiderados em repetição com prazo inferior a 2 (dois) meses.													
	8080, 8090 e 8140: A radiografia pode substituir a fotografia;													
	8100 e 8240: Exclui reembolso simultâneo.													
	8110, 8120, 8070, 8050 e 8020: Exclui reembolso simultâneo.													
	8180 e 8200: Será reembolsado ate 10 aplicações,serão desconsiderados em repetição com prazo inferior a 2 (dois) meses.													
	8220: Será reembolsado até 10 aplicações por mês desconsiderados em repetição com prazo inferior a 3 (três) meses.													
	8230, 8050, 8070, 8100 e 8240: Exclui reembolso simultâneo													
	8240: Serão desconsiderados em repetição com prazo inferior a 12 (doze) meses , Pós raspagem supra e sub gengival.													
	8260: Exclui todos os outros procedimentos de laser terapêutico													
	8270: Será reembolsado ate 07 aplicações por mês durante 3 meses, com garantia trimestral após o ultimo mês de aplicação.													

CÓD. TUSS	IMPLANTODONTIA		RX										
82.000.980	Implante ósseo integrado	Dente	I-F	60m								✓	1667,00
85.500.097	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes	Arco	I-F	60m								✓	2364,00
85.500.100	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes	Arco	I-F	60m								✓	3334,00
85.500.119	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre três implantes	Arco	I-F	60m								✓	3000,00
85.500.054	Coroa total metalo plástica sobre implante – resina acrílica	Dente	I-F	60m								✓	911,00
85.500.046	Coroa total metalo plástica sobre implante – cerômero	Dente	I-F	60m								✓	911,00
85.500.038	Coroa total metalo cerâmica sobre implante	Dente	I-F	60m								✓	1154,00
82.001.324	Remoção de implante dentário não ósseo integrado	Dente	I-F	-								✓	182,00
82.001.332	Remoção de implante dentário ósseo integrado no seio maxilar	Dente	I-F	60m								✓	182,00
82.000.581	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	Hemi-Arco	I-F	60m								✓	940,00
82.000.603	Enxerto com osso autógeno do mento	Hemi-Arco	I-F	60m								✓	940,00
82.000.620	Enxerto com osso liofilizado	Hemi-Arco	I-F	60m								✓	940,00
00.009.060	Membrana biológica de regeneração guiada (máximo 4 por arco)	Dente	I-F	-								✓	536,00
00.009.070	Tratamento de perimplantite	Dente	I	-								✓	200,04
85.500.089	Manutenção de prótese sobre implantes	AC	N	6m								✓	111,00
82.001.049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno	Hemi-Arco	I	60m								✓	1243,00
82.001.057	Levantamento do seio maxilar com osso homólogo	Hemi-Arco	I	60m								✓	1243,00
82.001.065	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado	Hemi-Arco	I	60m								✓	1243,00
85.500.011	Coroa provisória sobre implante	Dente	I-F	60m								✓	152,00
85.500.062	Guia cirúrgico para implante	Arco	N	60m								✓	122,00
85.500.127	Prótese parcial fixa implanto suportada	Dente	I-F	60m								✓	2272,96
85.500.160	Protocolo Branemark para 4 implantes	Arco	I-F	60m								✓	9091,03
85.500.178	Protocolo Branemark para 5 ou 6 implantes	Arco	I-F	60m								✓	12122,00
85.500.186	Protocolo Branemark provisório para 4 implantes	Arco	I-F	60m								✓	12122,00
85.500.194	Protocolo Branemark provisório para 5 ou 6 implantes	Arco	I-F	60m								✓	3000,00
Obs.	Para todos os procedimentos com exceção da manutenção de prótese sobre implante,enviar PROTOCOLO para autorização do tratamento. Cód. 85.500.127 valor referente a prótese fixa de 3 (três) elementos.												

TABELA CROWN ODONTO
DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS E REEMBOLSO

V0123