

							PAI
4	GRUPO	TUSS	PROCEDIMENTO	USO	REGIÃO	ROL	COBERTO
1	Radiologia Odontológica e Imaginologia	81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	222	BOCA	COBERTO	0,55
2	Radiologia Odontológica e Imaginologia	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA (ORTOPA	78	BOCA	COBERTO	0,45
3	Radiologia Odontológica e Imaginologia	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-WING	14		COBERTO	0,70
4	Radiologia Odontológica e Imaginologia	81000421	RX PERIAPICAL	14		COBERTO	0,70

DRÃO	AUTORIZADO		PROPOSTA		MOEDA CIDADE	
R\$ COBERTO	MULT	R\$	MULT	R\$	MÍNIMO	MÁXIMO
R\$ 122,10	0,65	R\$ 144,00	0,65	R\$ 144,00	0,00	0,00
R\$ 35,10	0,51	R\$ 40,00	0,51	R\$ 40,00	0,00	0,00
R\$ 9,80	1,08	R\$ 15,12	1,79	R\$ 25,00	0,00	0,00
R\$ 9,80	1,08	R\$ 15,12	1,79	R\$ 25,00	0,00	0,00