

							PAI
7	GRUPO	TUSS	PROCEDIMENTO	USO	REGIÃO	ROL	COBERTO
1	Radiologia Odontológica e Imaginologia	81000421	RX PERIAPICAL	14		COBERTO	0,30
2	Radiologia Odontológica e Imaginologia	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-WING	14		COBERTO	0,30
3	Radiologia Odontológica e Imaginologia	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA (ORTOPA	78	BOCA	COBERTO	0,30
4	Radiologia Odontológica e Imaginologia	345	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA "A"	381	BOCA	NÃO COBERTO	0,30
5	Radiologia Odontológica e Imaginologia	346	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA "B"	346	BOCA	NÃO COBERTO	0,30
6	Radiologia Odontológica e Imaginologia	348	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA "E"	313	BOCA	NÃO COBERTO	0,30
7	Radiologia Odontológica e Imaginologia	81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	222	BOCA	COBERTO	0,30

DRÃO	AUTORIZADO		PROPOSTA		MOEDA CIDADE	
R\$ COBERTO	MULT	R\$	MULT	R\$	MÍNIMO	MÁXIMO
R\$ 4,20	1,00	R\$ 14,00	1,21	R\$ 17,00	0,00	0,00
R\$ 4,20	1,00	R\$ 14,00	1,21	R\$ 17,00	0,00	0,00
R\$ 23,40	0,55	R\$ 43,00	0,55	R\$ 43,00	0,00	0,00
R\$ 114,30	0,30	R\$ 115,00	0,30	R\$ 115,00	0,00	0,00
R\$ 103,80	0,33	R\$ 115,00	0,33	R\$ 115,00	0,00	0,00
R\$ 93,90	0,37	R\$ 115,00	0,37	R\$ 115,00	0,00	0,00
R\$ 66,60	0,77	R\$ 170,00	0,77	R\$ 170,00	0,00	0,00