

O	GRUPO	TUSS	PROCEDIMENTO	USO	REGIÃO	ROL	PADRÃO		AUTORIZADO		PROPOSTA		MOEDA CIDADE	
							COBERTO	R\$ COBERTO	MULT	R\$	MULT	R\$	MÍNIMO	MÁXIMO
	MOEDA BASE						0,61	R\$ 0,00	0,64	R\$ 0,00	-		0,00	0,00
##	Diagnóstico	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	34	BOCA	COBERTO	0,61	R\$ 20,74	0,64	R\$ 21,76	-		0,30	0,61
##	Prevenção	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	140	BOCA	COBERTO	0,61	R\$ 85,40	0,64	R\$ 89,60	-		0,30	0,61
##	Dentística Restauradora	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	61	FACE	COBERTO	0,61	R\$ 37,21	0,74	R\$ 45,14	0,74	R\$ 45,00	0,30	0,61
##	Dentística Restauradora	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	88	FACE	COBERTO	0,61	R\$ 53,68	0,74	R\$ 65,12	0,74	R\$ 65,00	0,30	0,61
##	Dentística Restauradora	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	122	FACE	COBERTO	0,61	R\$ 74,42	0,70	R\$ 85,40	0,70	R\$ 85,00	0,30	2,38
##	Dentística Restauradora	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	122	FACE	COBERTO	0,61	R\$ 74,42	0,70	R\$ 85,40	0,70	R\$ 85,00	0,30	0,61
##	Odontopediatria	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUOS	73	DENTE	COBERTO	0,61	R\$ 44,53	0,83	R\$ 60,59	0,82	R\$ 60,00	0,30	0,83
##	Odontopediatria	83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DECÍDUOS	212	DENTE	COBERTO	0,61	R\$ 129,32	0,95	R\$ 201,40	0,94	R\$ 200,00	0,30	0,58
##	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial	82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/F	73	DENTE	NÃO COBERTO	0,61	R\$ 44,53	0,90	R\$ 65,70	1,64	R\$ 120,00	0,45	0,47
##	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial	82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	73	DENTE	COBERTO	0,61	R\$ 44,53	0,90	R\$ 65,70	1,64	R\$ 120,00	0,30	0,90
##	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	73	DENTE	COBERTO	0,61	R\$ 44,53	0,90	R\$ 65,70	1,64	R\$ 120,00	0,30	0,90
##	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	361	DENTE	COBERTO	0,61	R\$ 220,21	0,64	R\$ 231,04	1,39	R\$ 500,00	0,30	0,50
##	Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI INCLUSOS / IMPACTADOS	186	DENTE	COBERTO	0,61	R\$ 113,46	0,64	R\$ 119,04	1,61	R\$ 300,00	0,30	0,55
##	Ortodontia	86000357	MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO - APARELHO FIXO	260	BOCA	NÃO COBERTO	0,35	R\$ 91,00	0,40	R\$ 104,00	0,42	R\$ 110,00	0,30	0,40