

Pronto-Socorro

Consultas

Consultas

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
8100030	Consulta odontológica	N	N	N	N	ASAI	6 MESES	Em caso de clínica multidisciplinar, será permitida uma consulta de planejamento de tratamento.	2,42	R\$ 20,42

Consultas

Radiologia em Consultório

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
81000375	Radiografia interproximal bite-wing	N	N	S	N	RMD, RME, RPE, RPD	6 MESES	RX centralizado(s), angulação, nitidez e revelação adequados.	0,65	R\$ 5,49
81000383	Radiografia oclusal	N	N	S	N	ASAI	6 MESES	RX centralizado(s), angulação, nitidez e revelação adequados.	1,8	R\$ 15,19
81000421	Radiografia periapical	N	N	S	N	RCID, RCIE, RCSD, RCSE, RII, RIS, RMD, RMIE, RMSD, RMSE, RPID, RPIE, RPSD, RPSE	6 MESES	RX centralizado(s), angulação, nitidez e revelação adequados.	0,65	R\$ 5,49

Radiologia em Consultório

Urgência em Consultório

Urgência em Consultório

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
81000049	Consulta odontológica de urgência	N	N	S	N	DENTE	30 DIAS	Consulta de urgência não é remunerada simultaneamente com o código 81000030(consulta odontológica) e também não é remunerada para pacientes em tratamento ou quando decorrente de procedimentos realizados pelo dentista atendente. Para pagamento, é necessário anexar a radiografia e o laudo com a descrição do Diagnóstico e Tratamento realizado (campos imagem inicial e justificativa). Quando o procedimento de urgência exigir somente laudo, é necessário anexar no campo imagem inicial, o laudo com a descrição do Diagnóstico e Tratamento realizado.	2,14	R\$ 18,06

Urgência em Consultório

Cirurgia

Dentística Restauradora

Dentística Restauradora

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
00015252	RESTAURAÇÃO A PINO INTRADENTINÁRIO	S	N	S	S	DENTE	24 MESES	Procedimento não coberto para troca estética (com presença de alteração de cor; sem a presença de cárie, infiltração e/ou fratura). Não indicado quando o dente comprometido apresentar mais de 2/3 das superfícies restauradas. Necessidade de utilização de pino intradentinário. Serão avaliados indicação, ponto de contato, adaptação e anatomia dental. A execução do procedimento inclui a remoção da restauração anterior (se houver), forramento, restauração, pino e polimento.	5,18	R\$ 43,72
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	S	S	N	S	DENTE	24 MESES	O dente deve apresentar estrutura suficiente para ser restaurado. Autorização mediante envio de imagem fotográfica inicial que evidencie a necessidade de realização do procedimento, com o laudo técnico contendo as informações técnicas que justifiquem a solicitação. Para pagamento, é necessário anexar no campo "Imagem final" a imagem fotográfica final juntamente com o termo de consentimento assinado pelo beneficiário contendo as informações sobre aprovação da cor e formatos dos dentes (satisfação do beneficiário). O modelo do termo está em "Material de apoio".	6,83	R\$ 57,65
85100099	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 1 FACE	N	N	N	N	DENTE E FACE	24 MESES	As restaurações deverão ser solicitadas de acordo com o total de faces comprometidas do mesmo elemento. Não é permitido solicitar face a face separadamente. Inclui remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	2,5	R\$ 21,10
85100102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 2 FACES	N	N	N	N	DENTE E FACE	24 MESES	As restaurações deverão ser solicitadas de acordo com o total de faces comprometidas do mesmo elemento. Não é permitido solicitar face a face separadamente. Inclui remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	3,25	R\$ 27,43
85100110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 3 FACES	N	N	N	N	DENTE E FACE	24 MESES	As restaurações deverão ser solicitadas de acordo com o total de faces comprometidas do mesmo elemento. Não é permitido solicitar face a face separadamente. Inclui remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	3,9	R\$ 32,92
85100129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 4 FACES	N	N	N	N	DENTE E FACE	24 MESES	As restaurações deverão ser solicitadas de acordo com o total de faces comprometidas do mesmo elemento. Não é permitido solicitar face a face separadamente. Inclui remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	4,5	R\$ 37,98
85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 1 FACE	N	N	N	N	DENTE E FACE	24 MESES	Procedimento não indicado para troca estética (com presença de alteração de cor; sem a presença de cárie, infiltração e/ou fratura). As restaurações deverão ser solicitadas de acordo com o total de faces comprometidas do mesmo elemento. Não é permitido solicitar face a face separadamente. Inclui remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	3,53	R\$ 29,79
85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 2 FACES	N	N	N	N	DENTE E FACE	24 MESES	Procedimento não indicado para troca estética (com presença de alteração de cor; sem a presença de cárie, infiltração e/ou fratura). As restaurações deverão ser solicitadas de acordo com o total de faces comprometidas do mesmo elemento. Não é permitido solicitar face a face separadamente. Inclui remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	3,99	R\$ 33,68
85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 3 FACES	N	N	N	N	DENTE E FACE	24 MESES	Procedimento não indicado para troca estética (com presença de alteração de cor; sem a presença de cárie, infiltração e/ou fratura). As restaurações deverão ser solicitadas de acordo com o total de faces comprometidas do mesmo elemento. Não é permitido solicitar face a face separadamente. Inclui remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	5,18	R\$ 43,72

85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 4 FACES	N	N	N	N	DENTE E FACE	24 MESES	Procedimento não indicado para troca estética (com presença de alteração de cor; sem a presença de cárie, infiltração e/ou fratura). As restaurações deverão ser solicitadas de acordo com o total de faces comprometidas do mesmo elemento. Não é permitido solicitar face a face separadamente. Inclui remoção da restauração anterior (se houver), forramento e polimento.	5,18	R\$	43,72
85400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	N	N	S	S	DENTE	24 MESES	Será considerado para os casos em que o elemento dental possua tratamento endodôntico realizado, devendo a câmara pulpar ser preenchida em sua totalidade para obtenção de melhor reconstrução coronária.	2	R\$	16,88

Dentística Restauradora

MOEDA R\$ 14,00

Endodontia

Endodontia

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Inclui acesso, instrumentação, irrigação, obturação do conduto e selamento provisório do elemento. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	12,21	R\$ 170,94
85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	nclui acesso, instrumentação, irrigação, obturação de todos os condutos e selamento provisório do elemento. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	20,03	R\$ 280,42
85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Inclui acesso, instrumentação, irrigação, obturação de todos os condutos e selamento provisório do elemento. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	30,16	R\$ 422,24
85200115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Inclui acesso, instrumentação, irrigação, obturação do conduto e selamento provisório do elemento. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	17,27	R\$ 241,78
85200093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Inclui acesso, instrumentação, irrigação, obturação de todos os condutos e selamento provisório do elemento. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	22,69	R\$ 317,66
85200107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Inclui acesso, instrumentação, irrigação, obturação de todos os condutos e selamento provisório do elemento. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	34,28	R\$ 479,92
85200123	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	S	S	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Deve ser executado em dentes com possibilidade de realização de tratamento conservador. Consiste no selamento de perfuração endodôntica com o material de escolha do profissional executante. Material de preenchimento e radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	8,93	R\$ 125,02
85200131	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	S	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Dente com necessidade de intervenção endodôntica, mas que se apresenta com o ápice aberto. Máximo de 3 sessões, conforme necessidade de troca da medicação intrarradicular. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento. Após finalizado, poderá ser solicitado o tratamento endodôntico convencional.	2,77	R\$ 38,78
14397	GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO	N	N	S	N	DENTE	12 MESES	ndicado para dentes em que o tecido gengival impossibilita a execução do tratamento endodôntico de forma satisfatória. Procedimento incluso no aumento de coroa clínica (82000212). Para pagamento, é necessário anexar a imagem fotográfica inicial que evidencie a necessidade de realização do procedimento.	1,7	R\$ 23,80
85200018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO	S	N	S	N	DENTE	60 MESES	Indicado para dentes anteriores e pré-molares. Máximo de 3 sessões. Realização somente em dentes com tratamento endodôntico satisfatório comprovado através do envio da radiografia. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	12,56	R\$ 175,84
85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	60 MESES	Consiste na remoção do núcleo da cavidade intrarradicular com finalidade endodôntica ou protética. A imagem radiográfica final pode ser a mesma imagem inicial para os casos de realização do retratamento endodôntico e/ou reconfeção do núcleo pelo mesmo prestador.	7,51	R\$ 105,14
85200026	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	60 MESES	Consiste no preparo para o núcleo na cavidade intrarradicular, com finalidade protética.	4	R\$ 56,00
<b>IMPORTANTE:</b> Ressaltamos que a técnica e os materiais utilizados para a execução dos procedimentos são de escolha e responsabilidade do profissional executante. Portanto, não podem ocorrer cobranças adicionais ao beneficiário. As radiografias iniciais e finais encaminhadas devem possibilitar a visualização de todo o dente e suas estruturas anômicas adjacentes, assim como a dissociação de todos os condutos e o término das obturações.										

Endodontia

MOEDA R\$ 8,44

Odontologia Preventiva

Odontologia Preventiva

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
00014362	PREVENÇÃO MÓDULO 1 (LIMPEZA DENTÁRIA/ RASPAGEM)	N	N	N	N	HASD, HASE, HAID, HAIE	6 MESES	Procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidencição de placa e aplicação tópica de flúor. Procedimento não autorizado em casos de recorrência com procedimentos similares: Periodontia módulo 2 (Limpeza dentária/raspagem) ou Módulo 3 (Limpeza dentária/raspagem profunda) ou mesmo quando houver indicação para tratamento periodontal com especialista. Periodontia módulo 2 (Limpeza dentária/raspagem) ou Periodontia módulo 3 (Limpeza dentária/ raspagem profunda).	1,54	R\$ 13,00

Odontologia Preventiva

MOEDA R\$ 9,00

Odontopediatria

Odontopediatria

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
------	------------------------	-------------	------------	----------------	----------------	--------	---------------	-----------------	-----	--------------

Odontopediatria	82001707	ULECTOMIA	S	N	N	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Indicado para dentes em fase de erupção com hipertrofia mucogengival, com necessidade de remoção de tecido gengival. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, inclusive o retorno pós-operatório para avaliação e controle.	3,72	R\$	33,48		
	82001715	ULOTOMIA	S	N	N	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Indicado para dentes em fase de erupção com hipertrofia mucogengival, sem necessidade de remoção de tecido gengival. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, inclusive o retorno pós-operatório para avaliação e controle.	3,72	R\$	33,48		
	82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	S	N	N	N	FLA	EVENTO ÚNICO	Autorização mediante envio de imagem fotográfica inicial que evidencie a necessidade de realização do procedimento. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, inclusive o retorno pós-operatório para avaliação e controle.	8,93	R\$	80,37		
	82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	S	N	N	N	FLI	EVENTO ÚNICO	Autorização mediante envio de imagem fotográfica inicial que evidencie a necessidade de realização do procedimento. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, inclusive o retorno pós-operatório para avaliação e controle.	8,93	R\$	80,37		
	81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	N	S	N	N	ASAI	12 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. Procedimento autorizado para beneficiários com menos de 10 anos de idade. Previstos 3 liberações.	1	R\$	9,00		
	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	N	N	N	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, inclusive o retorno pós-operatório para avaliação e controle. Em casos de pacientes acima de 14 anos, é necessário análise prévia.	3,03	R\$	27,27		
	85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 1 FACE	N	N	N	N	DENTE	12 MESES	Procedimento autorizado apenas para dente decíduo. As restaurações deverão ser solicitadas de acordo com o total de faces comprometidas do mesmo elemento. Não é permitido solicitar face a face separadamente. O valor do procedimento inclui utilização do material forrador, se necessário.	2,9	R\$	26,10		
	85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 2 FACES	N	N	N	N	DENTE	12 MESES	Procedimento autorizado apenas para dente decíduo. As restaurações deverão ser solicitadas de acordo com o total de faces comprometidas do mesmo elemento. Não é permitido solicitar face a face separadamente. O valor do procedimento inclui utilização do material forrador, se necessário.	2,9	R\$	26,10		
	85100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 3 FACES	N	N	N	N	DENTE	12 MESES	Procedimento autorizado apenas para dente decíduo. As restaurações deverão ser solicitadas de acordo com o total de faces comprometidas do mesmo elemento. Não é permitido solicitar face a face separadamente. O valor do procedimento inclui utilização do material forrador, se necessário.	2,9	R\$	26,10		
	85100161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 4 FACES	N	N	N	N	DENTE	12 MESES	Procedimento autorizado apenas para dente decíduo. As restaurações deverão ser solicitadas de acordo com o total de faces comprometidas do mesmo elemento. Não é permitido solicitar face a face separadamente. O valor do procedimento inclui utilização do material forrador, se necessário.	2,9	R\$	26,10		
	83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	N	N	S	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Radiografias intermediárias incluídas na execução do procedimento.	7,17	R\$	64,53		
	83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Radiografias intermediárias incluídas na execução do procedimento. A radiografia final do tratamento endodôntico deverá permitir a visualização de todos os condutos obturados e a visualização da região de periápice.	8,89	R\$	80,01		
	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	N	N	N	N	DENTE	12 MESES	A terapia com selantes é indicada para dentes recém-erupcionados na dentição permanente. Para pacientes menores de 14 anos de idade.	2,09	R\$	18,81		
	83000020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Para pacientes menores de 12 anos de idade. Cobertura em dentes não passíveis de reconstrução por meio direto.	10,48	R\$	94,32		
	83000062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Para pacientes menores de 12 anos de idade. Cobertura em dentes não passíveis de reconstrução por meio direto.	10,48	R\$	94,32		
	83000046	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Para pacientes menores de 12 anos de idade. Cobertura em dentes não passíveis de reconstrução por meio direto.	10,48	R\$	94,32		
	83000097	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	S	S	N	N	ASAI	12 MESES	Indicado para perdas precoces de dentes decíduos. Para pacientes menores de 13 anos de idade.	18,44	R\$	165,96		
	83000100	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	S	S	N	N	ASAI	12 MESES	Indicado para perdas precoces de dentes decíduos. Para pacientes menores de 13 anos de idade.	13,28	R\$	119,52		
	00000060	PREVENÇÃO MÓDULO 1 DENTAL KIDS (LIMPEZA DENTÁRIA/ RASPAGEM)	N	N	N	N	HASD, HASE, HAID, HAIE	4 MESES	Procedimento inclui raspagem supra-gengival, profilaxia, adequação do meio, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor. Para pacientes menores de 12 anos de idade.	1,54	R\$	13,86		
	00000063	CONSULTA ODONTOLÓGICA DENTAL KIDS	N	N	N	N	ASAI	4 MESES	Em caso de clínica multidisciplinar, será permitida uma consulta de planejamento de tratamento.	2,42	R\$	21,78		
	00000094	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DENTAL KIDS	N	N	N	N	ASAI	4 MESES	Inclui orientações de higiene oral e dieta aos pacientes e cuidadores.	1,9	R\$	17,10		
Odontopediatria											MOEDA		R\$	9,00
Odont. Pacientes Especiais	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais											USO	VALOR EM R\$	
	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS					
	87000032	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	N	S	N	N	ASAI	12 MESES	Laudo médico para pré- análise deverá conter a condição sistêmica (deficiência) do paciente,que justifique a solicitação. Previstas 3 liberações.			2,3	R\$	20,70
Odont. Pacientes Especiais											MOEDA		R\$	9,00
Periodontia	Periodontia											USO	VALOR EM R\$	
	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS					
	82000921	GENGIVECTOMIA	S	N	N	N	HASD, HAID, HASE, HAIE	12 MESES	Procedimento inclui incisão, reposicionamento de tecidos moles e eventuais curativos pós-cirúrgicos. Esse código poderá ser solicitado também para o procedimento de gengivoplastia. Autorização mediante envio de imagem fotográfica inicial que evidencie a necessidade de realização do procedimento.			9,09	R\$	81,81

Periodontia	00014373	PERIODONTIA MÓDULO 2 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM)	N	N	N	N	HASD, HAID, HASE, HAIE	6 MESES	Procedimento inclui raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor. Autorizado para beneficiários maiores de 12 anos de idade. É rara a presença de cálculo abaixo desta idade. Procedimento exclusivo para profissionais habilitados em Periodontia. Procedimento não autorizado em casos de recorrência com procedimentos similares: Prevenção módulo 1 (Limpeza dentária/raspagem) ou Periodontia Módulo 3 (Limpeza dentária/raspagem profunda).	2,77	R\$	24,93
	00014385	PERIODONTIA MÓDULO 3 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM PROFUNDA)	N	N	S	N	HASD, HAID, HASE, HAIE	6 MESES	O procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgengival, raspagem supragengival, profilaxia, jato de bicarbonato, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa e aplicação tópica de flúor. Necessário enviar ao menos uma radiografia inicial de cada arcada, da região mais afetada, evidenciando necessidade do procedimento (perda óssea superior a 1/3 do comprimento radicular). O controle radiográfico faz parte da técnica odontológica. Autorizado para beneficiários maiores de 12 anos de idade. É rara a presença de cálculo abaixo dessa idade.Procedimento exclusivo para profissionais habilitados em Periodontia. Procedimento não autorizado em casos de recorrência com procedimentos similares: Prevenção módulo 1 (limpeza dentária/ raspagem) ou Periodontia módulo 2 (limpeza dentária/raspagem)	4,87	R\$	43,83
	82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	S	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	O procedimento inclui osteotomias, curativos pós-cirúrgicos, incisão e reposicionamento de tecidos moles. O controle radiológico faz parte da técnica odontológica. A radiografia inicial deverá evidenciar a necessidade de realização do procedimento e a radiografia final deverá evidenciar o restabelecimento do espaço biológico. Procedimento exclusivo para profissionais habilitados em Periodontia. Procedimento autoexcludente do 14397: gengivectomia por elemento.	9,01	R\$	81,09
	82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	S	S	S	N	HASD, HAID, HASE, HAIE	12 MESES	Procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgengival, raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidenciação de placa, aplicação tópica de flúor, eventuais osteotomias, curativos pós-cirúrgicos, incisão e reposicionamentos de tecidos moles. Procedimento não autorizado simultaneamente com Periodontia módulo 3 (Limpeza dentária/raspagem profunda), Periodontia módulo 2 (Limpeza dentária/ raspagem) e Prevenção módulo 1 (Limpeza dentária/raspagem). A fase cirúrgica será analisada após o término da terapia básica, quando não houver resultado satisfatório. Radiografia inicial deverá evidenciar real necessidade do procedimento. Procedimento exclusivo para profissionais habilitados em Periodontia.	11,46	R\$	103,14
	82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	N	S	N	N	HASD, HAID, HASE, HAIE	EVENTO ÚNICO	Autorização mediante envio de parecer clínico ou hipótese de diagnóstico que justifique solicitação. Procedimento inclui curativos pós-cirúrgicos, incisão e reposicionamentos de tecidos moles e eventuais osteotomias/ regularização de superfície radicular. Procedimento exclusivo para profissionais habilitados em Periodontia.	11,08	R\$	99,72
	85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	S	N	S	N	S1, S2, S3, S4, S5, S6	24 MESES	Radiografia inicial encaminhada deverá evidenciar necessidade do procedimento. O controle radiográfico faz parte da técnica odontológica. Procedimento exclusivo para profissionais habilitados em Periodontia.	5,4	R\$	48,60
	85400025	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	N	S	N	N	ASAI	36 MESES	Procedimento autorizado somente para beneficiários maiores de 15 anos. Informar justificativa técnica no laudo para pré-análise. Procedimento exclusivo para profissionais habilitados em Periodontia.	2,7	R\$	24,30

Prótese	Prótese											MOEDA	R\$	14,00
	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$			
	00041227	NÚCLEO DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO MAIS PREENCHIMENTO	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	O procedimento inclui remoção parcial de material obturador radicular, preenchimento e preparo para núcleo. Não serão aceitos núcleos com dimensões(comprimento/espessura) inferiores às preconizadas na literatura odontológica.	9,76	R\$ 136,64			
	85400041	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	N	N	N	N	AS, AI	60 MESES	Procedimento consiste em pequenos reparos em próteses totais e próteses removíveis, situação em que o reparo devolva à prótese sua função original.	4,56	R\$ 63,84			
	85400092	COROA TOTAL ACRÍLICA PENSADA	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Indicado para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Apenas para coroas unitárias; não utilizar para próteses parciais fixas. Imagem radiográfica final compatível com resina acrílica.	18	R\$ 252,00			
	85400106	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Indicado para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Apenas para coroas unitárias; não utilizar para próteses parciais fixas. Imagem radiográfica final compatível com porcelana (metal free).	66,62	R\$ 932,68			
	00041264	COROA TOTAL EM CERÔMERO (DENTES POSTERIORES)	S	N	S	S	POR DENTE	60 MESES	Indicado para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Apenas para coroas unitárias, não utilizar para próteses parciais fixas. Imagem radiográfica final compatível com cerômero (metal free).	41	R\$ 574,00			
	85400157	COROA TOTAL METALOCERÂMICA	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Indicado para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Apenas para coroas unitárias; não utilizar para próteses parciais fixas. Imagem radiográfica final compatível com metal e porcelana.	63,63	R\$ 890,82			
	85400165	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA CERÔMERO	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Indicado para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Apenas para coroas unitárias; não utilizar para próteses parciais fixas. Imagem radiográfica final compatível com metal e cerômero.	38,34	R\$ 536,76			
	85400173	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA RESINA ACRÍLICA	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Indicado para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Apenas para coroas unitárias; não utilizar para próteses parciais fixas. Imagem radiográfica final compatível com metal e resina.	38,34	R\$ 536,76			
	85400181	FACETA EM CERÂMICA PURA	S	S	S	S	DENTE	60 MESES	Preparo dentário vestibular. Procedimento indicado somente para dentes anteriores. Autorização mediante envio de imagem fotográfica inicial que evidencie a necessidade de realização do procedimento, com o laudo técnico contendo as informações técnicas que justifiquem a solicitação. Para pagamento, é necessário anexar no campo "Imagem final" a imagem fotográfica final juntamente com o termo de consentimento assinado pelo beneficiário contendo as informações sobre aprovação da cor e formatos dos dentes (satisfação do beneficiário). O modelo do termo está em "Material de apoio"	65,8	R\$ 921,20			
	85400289	PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA (PROVISÓRIA)	N	N	N	N	DENTE	60 MESES	Procedimento indicado somente para dentes anteriores. Limitado a três elementos.	8,4	R\$ 117,60			

Prótese	85400297	PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Procedimento indicado somente para dentes anteriores. Será liberado somente para 3 elementos dentários, mediante ausência de 1 elemento dentário, conforme protocolo odontológico. Imagem radiográfica final compatível com cerômero (metal free).	28,7	R\$	401,80
	85400300	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALOCERÂMICA	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Procedimento indicado somente para dentes anteriores. Será liberado somente para 3 elementos dentários, mediante ausência de 1 elemento dentário, conforme protocolo odontológico. Imagem radiográfica final compatível com metal e porcelana.	38,24	R\$	535,36
	85400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALPLÁSTICA	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Procedimento indicado somente para dentes anteriores. Será liberado somente para 3 elementos dentários, mediante ausência de 1 elemento dentário, conforme protocolo odontológico. Imagem radiográfica final compatível com metal e resina.	26,84	R\$	375,76
	85400327	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Imagem radiográfica final compatível com cerômero (metal free).	41	R\$	574,00
	85400335	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALOCERÂMICA	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Imagem radiográfica final compatível com metal e porcelana.	63,63	R\$	890,82
	85400343	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALOPLÁSTICA	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Imagem radiográfica final compatível com metal e resina.	38,34	R\$	536,76
	85400360	PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA	N	N	S	N	DENTE	60 MESES	Imagem radiográfica inicial deverá possibilitar a visualização de todos os elementos dentais envolvidos e estruturas adjacentes.	12	R\$	168,00
	85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	S	N	S	S	AS, AI	60 MESES	Imagem radiográfica deverá possibilitar a visualização de todos os dentes pilares envolvidos e estruturas adjacentes. Para pagamento, é necessário anexar no campo imagem final, o termo de consentimento assinado pelo beneficiário e prestador, contendo as informações sobre a qualidade/conformidade na entrega da prótese, pré-aprovação da cor e formatos dos dentes (satisfação do beneficiário). Modelo do termo em materiais de apoio.	92,61	R\$	1.296,54
	85400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	S	N	N	N	AS, AI	60 MESES	Procedimento autorizado em casos com histórico de exodontia recente ou justificativa técnica compatível com a indicação de confecção do procedimento previamente à instalação da Prótese removível com grampos.	25,7	R\$	359,80
	85400408	PRÓTESE TOTAL	N	N	N	S	AS, AI	60 MESES	Procedimento autorizado para casos de edentulismo total. Para pagamento, é necessário anexar no campo imagem final, o termo de consentimento assinado pelo beneficiário e prestador, contendo as informações sobre a qualidade/conformidade na entrega da prótese, pré-aprovação da cor e formatos dos dentes(satisfação do beneficiário).Modelo do termo em materiais de apoio.	70	R\$	980,00
	85400416	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	N	N	N	N	AS, AI	60 MESES	Procedimento autorizado em casos de edentulismo total, com histórico de exodontias recentes ou justificativa técnica compatível com a indicação de confecção do procedimento previamente à instalação da prótese total.	33,6	R\$	470,40
	85400483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL – IMEDIATO (EM CONSULTÓRIO)	N	S	N	N	AS, AI	60 MESES	Procedimento autorizado para próteses parciais removíveis ou próteses totais que necessitem melhorar a adaptação ao rebordo edêntulo.	9,32	R\$	130,48
	85400513	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA – INLAY	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Procedimento não autorizado para dentes que apresentem extensa destruição coronária que contraindiquem preparos parciais. Imagem radiográfica final compatível com porcelana.	58	R\$	812,00
	85400530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO – ONLAY	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Procedimento não autorizado para dentes que apresentem extensa destruição coronária que contraindiquem preparos parciais. Imagem radiográfica final compatível com cerômero.	28	R\$	392,00
	85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO – INLAY	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Procedimento não autorizado para dentes que apresentem extensa destruição coronária que contraindiquem preparos parciais. Imagem radiográfica final compatível com cerômero.	28	R\$	392,00

>

										MOEDA	R\$	14,00
Prótese do ROL	Prótese do ROL											
	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$	
	85400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	N	N	S	N	POR DENTE	60 MESES	Procedimento indicado apenas para coroas unitárias, não utilizar para próteses parciais fixas. Solicitamos formalizar a orientação da importância da reabilitação definitiva ao beneficiário por meio de um termo de ciência. Para pagamento, enviar imagem inicial (radiografia ou fotografia) que demonstre a indicação do procedimento e imagem fotográfica final que demonstre a realização do procedimento.	12	R\$	168,00
	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	N	N	S	S	POR DENTE	60 MESES	Procedimento indicado apenas para coroas unitárias, não utilizar para próteses parciais fixas. Solicitamos formalizar a orientação da importância da reabilitação definitiva ao beneficiário por meio de um termo de ciência. Para pagamento, enviar imagem inicial (radiografia ou fotografia) que demonstre a indicação do procedimento e imagem fotográfica final que demonstre a realização do procedimento.	12	R\$	168,00
	85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO (DENTES ANTERIORES)	S	N	S	S	POR DENTE	60 MESES	Indicado para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, somente em dentes anteriores. Apenas para coroas unitárias, não utilizar para próteses parciais fixas. Imagem radiográfica final compatível com cerômero (metal free).	41	R\$	574,00
	85400149	COROA TOTAL METÁLICA	S	N	S	S	POR DENTE	60 MESES	Indicado para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto. Apenas para coroas unitárias, não utilizar para próteses parciais fixas. Enviar para pré-análise termo de consentimento assinado pelo beneficiário com a informação de que o material utilizado não é estético, somente para premolares. Imagem radiográfica final compatível com metal.	28,5	R\$	399,00
	85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	S	N	S	S	POR DENTE	60 MESES	Procedimento inclui remoção parcial de material obturador radicular e preparo para núcleo. Não serão aceitos núcleos com dimensões (comprimento/espessura) inferiores às preconizadas na literatura odontológica.	14	R\$	196,00
	85400211	Núcleo de preenchimento	N	N	S	S	POR DENTE	60 MESES	Procedimento considerado apenas para reabilitação protética. Será considerado para os casos em que o elemento dental tenha tratamento endodôntico realizado, devendo a câmara pulpar ser preenchida em sua totalidade para obtenção de melhor reconstrução coronária.	2	R\$	28,00
	85400262	PINO PRÉ-FABRICADO	S	N	S	S	POR DENTE	60 MESES	O procedimento inclui remoção parcial de material obturador radicular, preenchimento e preparo para núcleo. Não serão aceitos núcleos com dimensões(comprimento/espessura) inferiores às preconizadas na literatura odontológica.	5,8	R\$	81,20

Prótese do ROL	85400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	S	N	S	S	POR DENTE	60 MESES	Procedimento não autorizado para dentes que apresentem grande destruição coronária que contraindiquem preparos parciais. Imagem radiográfica final compatível com metal.	28,5	R\$	399,00
	85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	S	N	N	N	POR DENTE	60 MESES	Enviar imagem radiográfica inicial que justifique a indicação do procedimento para análise em autorização.	8,45	R\$	118,30

Prótese do ROL

DTM e DOR Orofacial

MOEDA

R\$

8,40

Ortodontia e Ortopedia

Ortodontia e Ortopedia

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
86000357	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODONTICO – APARELHO FIXO	N	N	N	N	ASAI	MENSAL	Retornos mensais para verificação da adaptação e andamento do tratamento.	12,42	R\$ 104,33
86000365	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODONTICO – APARELHO ORTOPÉDICO	N	N	N	N	ASAI	MENSAL	Retornos mensais para verificação da adaptação e andamento do tratamento.	12,42	R\$ 104,33
81000189	DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	S	S	N	N	ASAI	EVENTO ÚNICO	Preencher via site, o formulário detalhado com o plano de tratamento ortodôntico e inserir os anexos obrigatórios solicitados.	2,42	R\$ 20,33
86000373	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODONTICO – APARELHO REMOVÍVEL	N	N	N	N	ASAI	MENSAL	Retornos mensais para verificação da adaptação e andamento do tratamento.	12,42	R\$ 104,33

Ortodontia e Ortopedia

Radiologia e Imaginologia

MOEDA

R\$

7,70

Implante

Implante

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	DENTE/ REGIÃO	PRÉ APROVAÇÃO		PAGAMENTO		PERIODICIDADE	USO	VALOR EM R\$
			IMAGENS	REGRAS TÉCNICAS	IMAGENS	REGRAS TÉCNICAS			
85500011	Coroa provisória sobre implante	DENTE	Radiografia periapical inicial	Implante adequadamente instalado	Radiografia periapical final	Instalação do provisório	60 MESES	12	R\$ 92,40
85500020	Coroa provisória sobre implante com carga imediata	DENTE	Radiografia periapical inicial	Implante adequadamente instalado	Radiografia periapical final	Ausência de imagem radiolúcida entre o implante e a coroa protética	60 MESES	12	R\$ 92,40
85500038	Coroa total metalocerâmica sobre implante	DENTE	Radiografia periapical inicial	Inclui componentes protéticos. Implante adequadamente instalado	Radiografia periapical final	Ausência de imagem radiolúcida entre o implante e a coroa protética	60 MESES	107,14	R\$ 824,98
85500046	Coroa total metaloplástica sobre implante cerômero	DENTE	Radiografia periapical inicial	Inclui componentes protéticos. Implante adequadamente instalado	Radiografia periapical final	Ausência de imagem radiolúcida entre o implante e a coroa protética	60 MESES	90,91	R\$ 700,01
85500054	Coroa total metaloplástica sobre implante resina acrílica	DENTE	Radiografia periapical inicial	Inclui componentes protéticos. Implante adequadamente instalado	Radiografia periapical final	Ausência de imagem radiolúcida entre o implante e a coroa protética	60 MESES	80	R\$ 616,00
82000581	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	HEMIARCO	Radiografia panorâmica ou tomografia inicial	Inclui a fase de retirada de osso da área doadora (cavidade oral). Necessidade de ganho de altura óssea. Não inclui membrana, poderá ser cobrada à parte	Radiografia periapical final ou panorâmica final	Imagem indicativa da realização de enxerto autógeno em bloco. Não é pago simultaneamente com os procedimentos 82001049, 82001065, 82000603 e 82000620	60 MESES	78,57	R\$ 604,99
82000603	Enxerto com osso autógeno do mento	HEMIARCO	Radiografia panorâmica ou tomografia inicial	Inclui a fase de retirada de osso da área doadora (cavidade oral). Necessidade de ganho de altura óssea. Não inclui membrana, poderá ser cobrada à parte	Radiografia periapical final ou panorâmica final	Imagem indicativa da realização de enxerto autógeno em bloco. Não é pago simultaneamente com os procedimentos 82001049, 82001065, 82000581 e 82000620	60 MESES	78,57	R\$ 604,99

82000620	Enxerto com osso liofilizado (hemiarco)	HEMIARCO	Radiografia panorâmica ou tomografia inicial	Acima de três elementos no hemiarco. Adequada indicação de aumento de rebordo, deiscência óssea, fenestração, e rebordo em lâmina de faca. Inclui o material indutor (enxerto). Não inclui membrana, poderá ser cobrada à parte	Radiografia periapical final ou panorâmica final	Imagem radiopaca próxima à região do implante. Não é pago simultaneamente com os procedimentos 82001049, 82001065, 82000603 e 82000581	60 MESES	61,04	R\$	470,01
85500062	Guia cirúrgico para implante	ASAI		Planejamento cirúrgico completo		Implante instalado adequadamente	60 MESES	10,39	R\$	80,00
82000980	Implante ósseo integrado	DENTE	Radiografia panorâmica ou tomografia inicial	Adequada indicação para instalação do implante e planejamento protético tecnicamente viável	Radiografia periapical final	Enviar GTO com a etiqueta de identificação do implante colada. Correta instalação e angulação	SEM RECORRÊNCIA	93,51	R\$	720,03
82001049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno	HEMIARCO	Radiografia panorâmica inicial	Necessidade de altura óssea e planejamento tecnicamente viável. Já inclui osso e membrana	Radiografia panorâmica final	Valores em USO para procedimentos realizados exclusivamente em clínicas e/ou consultórios. Imagem radiopaca no seio maxilar (biomaterial). Deslocamento da membrana do seio maxilar. Não é pago com os códigos 82001065, 82000581, 82000620 e 82000603	SEM RECORRÊNCIA	155,84	R\$	1.199,97
82001065	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado	HEMIARCO	Radiografia panorâmica inicial	Necessidade de altura óssea e planejamento tecnicamente viável. Já inclui osso e membrana	Radiografia panorâmica final	Valores em USO para procedimentos realizados exclusivamente em clínicas e /ou consultórios. Imagem radiopaca no seio maxilar (biomaterial). Deslocamento da membrana do seio maxilar. Não é pago com os códigos 82001049, 82000581, 82000620 e 82000603	SEM RECORRÊNCIA	194,81	R\$	1.500,04
85500089	Manutenção de prótese sobre implantes	ASAI	NÃO	Não é necessária pré-aprovação	Radiografia panorâmica final	Incluir na GTO o dente correspondente ao local do implante.	12 MESES	12,99	R\$	100,02
85500097	Overdenture barra clipe ou oring sobre dois implantes	ASAI	Radiografia periapical inicial	Implantes adequadamente e instalados	Radiografia panorâmica final	Presença da barra ou oring e ausência de imagem radiolúcida entre o implante e a prótese.	60 MESES	250	R\$	1.925,00
85500100	Overdenture barra clipe ou oring sobre quatro ou mais implantes	ASAI	Radiografia periapical inicial	Implantes adequadamente e instalados	Radiografia panorâmica final	Presença da barra ou oring e ausência de imagem radiolúcida entre o implante e a prótese.	60 MESES	301,72	R\$	2.323,24
85500127	Prótese parcial fixa implanto suportada	DENTE	Radiografia periapical inicial	Implantes adequadamente e instalados	Radiografia panorâmica final	Ausência de imagem radiolúcida entre os implantes e a prótese.	60 MESES	107,14	R\$	824,98
85500160	Protocolo branemark para quatro implantes	ASAI	Radiografia periapical inicial	Implantes adequadamente e instalados	Radiografia panorâmica final	Ausência de imagem radiolúcida entre o implante e a prótese e presença da barra.	60 MESES	688,31	R\$	5.299,99
85500178	Protocolo branemark para cinco implantes	ASAI	Radiografia periapical inicial	Implantes adequadamente e instalados. Inclui até seis implantes	Radiografia panorâmica final	Ausência de imagem radiolúcida entre o implante e a prótese e presença da barra.	60 MESES	883,12	R\$	6.800,02
85500186	Protocolo branemark provisório para quatro implantes	ASAI	Radiografia periapical inicial	Implantes adequadamente e instalados	Radiografia panorâmica final	Imagem com comprovação da instalação do provisório	60 MESES	142,86	R\$	1.100,02
85500194	Protocolo branemark provisório para cinco implantes	ASAI	Radiografia periapical inicial	Implantes adequadamente e instalados	Radiografia panorâmica final	Imagem com comprovação da instalação do provisório	60 MESES	194,81	R\$	1.500,04
82001138	Reabertura - colocação de cicatrizador	DENTE	Radiografia periapical inicial	Inclui a cirurgia de abertura e componentes	Radiografia periapical final	Imagem com instalação do implante	60 MESES	21,77	R\$	167,63

Implante	82001243	Regeneração tecidual guiada rtg	HEMIARCO	Radiografia periapical inicial	Procedimento em conjunto com enxerto. Incluída membrana. Ausência de elemento dentário ou raiz residual	Radiografia periapical final ou panorâmica final	Imagem radiopaca próxima à região do implante	60 MESES	20,78	R\$	160,01
	82001324	Remoção de implante dentário não ósseo integrado	DENTE	Radiografia periapical ou panorâmica inicial	Justificativa técnica para remoção do implante	Radiografia periapical final ou panorâmica final		60 MESES	11,04	R\$	85,01

Odontologia Estética	Odontologia Estética								MOEDA	R\$	8,80
	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
	85100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	S	S	N	S	ASAÍ	18 MESES	O procedimento inclui moldeira (placa de acetato para clareamento), gel clareador, orientações e consultas de acompanhamento. Autorização mediante envio de imagem fotográfica inicial que evidencie a necessidade de realização do procedimento e o envio do termo de orientação assinado pelo beneficiário, com a descrição da escala atual de cor, orientações e cuidados necessários durante o clareamento. Para pagamento, é necessário anexar no campo "Imagem final" o termo de consentimento assinado pelo beneficiário contendo a informação sobre o recebimento das placas e gel clareador. O modelo do termo está em "Material de apoio". Lembramos que a Odontologia moderna preconiza que o tratamento ortodôntico seja realizado antes do clareamento e as restaurações/próteses estéticas sejam feitas após o clareamento, a fim de garantir a uniformidade da cor.	34,13	R\$ 300,34
Odontologia Estética											