

							PAI
7	GRUPO	TUSS	PROCEDIMENTO	USO	REGIÃO	ROL	COBERTO
1	Radiologia Odontológica e Imaginologia	81000421	RX PERIAPICAL	14		COBERTO	0,42
2	Radiologia Odontológica e Imaginologia	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA (ORTOPA	78	BOCA	COBERTO	0,42
3	Radiologia Odontológica e Imaginologia	81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	222	BOCA	COBERTO	0,42
4	Radiologia Odontológica e Imaginologia	345	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA "A"	381	BOCA	NÃO COBERTO	0,42
5	Radiologia Odontológica e Imaginologia	346	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA "B"	346	BOCA	NÃO COBERTO	0,42
6	Radiologia Odontológica e Imaginologia	348	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA "E"	313	BOCA	NÃO COBERTO	0,42
7	Radiologia Odontológica e Imaginologia	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-WING	14		COBERTO	0,42

DRÃO	AUTORIZADO		PROPOSTA		MOEDA CIDADE	
R\$ COBERTO	MULT	R\$	MULT	R\$	MÍNIMO	MÁXIMO
R\$ 5,88	1,00	R\$ 14,00	1,43	R\$ 20,00	0,00	0,00
R\$ 32,76	0,83	R\$ 65,00	0,83	R\$ 65,00	0,00	0,00
R\$ 93,24	0,70	R\$ 155,00	0,70	R\$ 155,00	0,00	0,00
R\$ 160,02	0,47	R\$ 180,00	0,47	R\$ 180,00	0,00	0,00
R\$ 145,32	0,52	R\$ 180,00	0,52	R\$ 180,00	0,00	0,00
R\$ 131,46	0,58	R\$ 180,00	0,58	R\$ 180,00	0,00	0,00
R\$ 5,88	1,00	R\$ 14,00	1,43	R\$ 20,00	0,00	0,00