

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

PREVENÇÃO - A cada 06 meses <i>Para fins de auditoria, poderão ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.</i>					
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Exame clínico (consulta) e instrução de higiene bucal	81000030	Consulta odontológica	35,21	Básico	Inclui exame clínico e elaboração de plano de tratamento (odontograma), orientação do uso do fio dental e escovação.
Profilaxia por Arcada	84000198	profilaxia: polimento coronário	23,55	Básico	
Raspagem supra e sub gengival por Arcada	85300047	raspagem supra gengival	31,79	Intermediário	
EMERGÊNCIA - A emergência é considerada um atendimento único, ou seja, não pode ser paga quando houver realização de outros procedimentos na mesma consulta. <i>Para fins de auditoria, poderão ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.</i>					
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Curativo em caso de hemorragia bucal após extração	82000468	controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco maxilo facial	50,04	Básico	Consiste na aplicação de hemostático e sutura no alvéolo dentário.
Curativo em caso de odontalgia aguda / pulpectomia / necrose	85100056	curativo de demora em endodontia	58,29	Básico	Consiste na abertura da câmara pulpar e remoção total ou parcial da polpa. Não aceita como curativo realizado entre sessões endodônticas.
Tratamento de alveolite	82001650	tratamento de alveolite	52,98	Básico	Consiste na curetagem e limpeza do alvéolo dentário.
Incisão e drenagem de abscesso intra oral	82001030	incisão e drenagem intra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco maxilo facial	53,72	Básico	Consiste na incisão e punção de secreção purulenta intra oral.
Incisão e drenagem de abscesso extra oral	82001022	incisão e drenagem extra oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco maxilo facial	58,77	Básico	Consiste na incisão e punção de secreção purulenta extra oral.
Urgência inespecífica	81000049	consulta odontológica de urgência	51,39	Básico	Em casos de: Espilintagem, prescrição medicamentosa, colagem de fragmentos, remoção de fragmento fraturado, pericoronarite. Não aplicável para curativo de demora e/ou abertura endodôntica.
DENTÍSTICA: Inclui forramento <i>Para fins de auditoria, poderão ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.</i>					
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Restauração em Amálgama de 1 Face com Forramento	85100099	restauração de amálgama - 1 face	53,24	Básico	Os procedimentos da dentística referem-se a cada restauração de acordo com a quantidade de faces, independente se estiverem separadas ou não. Esses valores já incluem todas as etapas da restauração como preparo, matriz, forramento, aplicação do material.
Restauração em Amálgama de 2 Faces com Forramento	85100102	restauração de amálgama - 2 faces	65,76	Básico	
Restauração em Amálgama de 3 Faces com Formento	85100110	restauração de amálgama - 3 faces	74,59	Básico	
Restauração em Amálgama de 4 Faces com Forramento	85100129	restauração de amálgama 4 faces ou mais	87,07	Básico	
Restauração Resina Fotopolimerizável com Formento - Dente Anterior 01	85100196	restauração resina fotopolimerizável - 1 face	49,81	Intermediário	
Restauração Resina Fotopolimerizável com Formento - Dente Anterior 02	85100200	restauração resina fotopolimerizável - 2 faces	64,64	Intermediário	
Restauração Resina Fotopolimerizável com Formento - Dente Anterior 3 ou mais Faces	85100218	restauração resina fotopolimerizável - 3 faces	72,06	Intermediário	
Restauração Resina Fotopolimerizável com Formento - Dente Posterior 01	85100001	restauração resina fotopolimerizável posterior - 1 face	59,77	Intermediário	
Restauração Resina Fotopolimerizável com Formento - Dente Posterior 02	85100002	restauração resina fotopolimerizável posterior - 2 faces	77,57	Intermediário	
Restauração Resina Fotopolimerizável com Formento - Dente Posterior 03 ou mais Faces	85100003	restauração resina fotopolimerizável posterior - 3 faces	86,48	Intermediário	
ODONTOPEDIATRIA - Crianças de 0 a 14 anos <i>Para fins de auditoria, poderão ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.</i>					
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Aplicação de Tópica de Flúor	84000090	aplicação tópica de flúor	23,29	Intermediário	Por boca sendo uma aplicação a cada 06 (seis) meses até a idade limite (14 anos).
Aplicação de Selante	84000074	aplicação de selante de fôssulas e fissuras	31,79	Intermediário	Aplicados em dentes molares permanentes hígidos até a idade limite (14 anos). Permitido a cada 12 meses.
Restauração de Ionômero de vidro	85100161	restauração em Ionômero de vidro - 4 faces	46,63	Intermediário	Destinadas apenas para dentes decíduos. Se utilizadas para forramento, já estão incluídas no valor do procedimento restaurador.
Pulpotomia	83000127	pulpotomia em dente decíduo	71,90	Especializado	Inclui restauração.
Tratamento Endodôntico de Dente Decíduo	83000151	tratamento endodôntico em dente decíduo	124,24	Especializado	Necessário RX comprobatório inicial e final *
Exodontia Simples de Dentes Decíduos	83000089	exodontia simples de decíduo	38,81	Intermediário	Necessário RX comprobatório inicial e final *

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

RADIOLOGIA						
Para fins de auditoria, poderão ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.						
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES	
Radiografia Periapical (unidade)	81000421	radiografia periapical	11,37	Radiologia	Não inclui levantamento periapical.	
Radiografia Interproximal (unidade)	81000375	radiografia interproximal-bite-wing	11,37	Radiologia	Máximo 02 (dois) para diagnóstico.	
Radiografia Panorâmica	81000405	radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	54,09	Radiologia		
Documentação Ortodôntica Básica	81000308	modelos ortodônticos	135,00	Radiologia	1x Radiografia Panorâmica, 1x Telerradiografia de perfil com traçado, 2x modelos de gesso, 5x fotografias)	
PERIODONTIA						
Para fins de auditoria, poderão ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.						
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES	
Curetagem Sub Gengival por Arcada com Polimento	85300039	raspagem sub gengival/ alisamento radicular	51,48	Especializado	Por arcada / tratamento não cirúrgico com aparelho de ultrassom e curetas em bolsas acima de 4mm. Este procedimento de curetagem inclui tratamento de raspagem supra e sub gengival.	
Tratamento de Abscesso Periodontal	85300063	tratamento de abscesso periodontal agudo	57,56	Especializado		
Cirurgia Periodontal a Retalho, com Osteotomia/Osteoplastia, por Hemiarco	82000417	cirurgia periodontal a retalho	103,92	Especializado	Por hemiarco, já inclui raspagem e curetagem supra e sub gengival.	
Geinectomia/Aumento de Coroa/Retabelecimentos das Distâncias Biológicas	82000921	geinectomia	93,07	Especializado	Por segmento (hemiarco), com ou sem osteotomia / não poderá ser concomitante com cirurgia periodontal a retalho.	
CIRURGIA						
Para fins de auditoria, poderão ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.						
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES	
Exodontia simples	82000875	exodontia simples de permanente	82,42	Básico		
Exodontia de Raiz Residual	82000859	exodontia de raiz residual	82,42	Básico	Necessário RX comprobatório inicial e final *. Nos casos de extrações múltiplas, a comprovação poderá feita ser por meio de radiografias panorâmicas, inicial e final.	
Exodontia de 3º molar irrompido	82000336	cirurgia odontológica a retalho	97,90	Especializado		
Remoção de dente incluído / impactado	82001286	remoção de dentes incluídos / impactados	235,49	Especializado		
Apicetomia Unirradicular sem Obturação Retrógrada	82000182	apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada	153,07	Especializado		
Apicetomia Unirradicular com Obturação Retrógrada	82000174	apicetomia unirradicular com obturação retrógrada	162,49	Especializado		
Apicetomia Multirradicular sem Obturações Retrógrada	82000166	apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada	211,94	Especializado	Necessário RX comprobatório inicial e final *	
Apicetomia Multirradicular com Obturações Retrógrada	82000158	apicetomia multirradicular com obturação retrógrada	235,49	Especializado		
ENDODONTIA						
Para fins de auditoria, poderão ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.						
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES	
Tratamento Endodôntico Unirradicular	85200166	tratamento endodôntico unirradicular	136,40	Especializado		
Tratamento Endodôntico Bिरradicular	85200140	tratamento endodôntico birradicular	184,55	Especializado	Todos os tratamentos endodônticos exigem apresentação de RX inicial e final (com restauração provisória ou definitiva) *. As radiografias intermediárias já estão incluídas no valor do tratamento.	
Tratamento Endodôntico com 3 ou mais canais	85200158	tratamento endodôntico multirradicular	280,82	Especializado		
Troca de curativo em casos de reabsorção interna/lesão perirradicular/izogenese incompleta	85200131	tratamento endodôntico de dente com izogenese incompleta	31,49	Especializado	Necessário radiografia comprovando presença de lesão periapical e medicação intracanal *	
Núcleo de preenchimento em CIV	85400211	núcleo de preenchimento	38,12	Básico	Para dentes posteriores tratados endodonticamente que necessitam de restauração em resina ou amálgam.	

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

PROCEDIMENTOS AVANÇADOS - Os procedimentos classificados como avançados dependem de liberação prévia do Núcleo do Cartão Viva+ e possuem garantia de 12 meses					
PRÓTESE					
Para fins de auditoria, podendo ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.					
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Coroa de Jaqueta acrílica provisória	85400084	coroa provisória sem pino	111,86	Avançado	Necessário RX comprobatório inicial e final *
Núcleo Metálico Fundido	85400220	núcleo metálico fundido	135,40	Avançado	Necessário RX comprobatório inicial e final *
Prótese Fixa Metalocerâmica (ant/post)	85400157	coroa total metalo cerâmica	634,85	Avançado	Necessário RX comprobatório inicial e final *
Prótese Fixa In Ceram (anterior)	85400351	prótese parcial fixa in ceram livre de metal (metal free)	678,91	Avançado	Necessário RX comprobatório inicial e final *
Prótese Parcial Removível em acrílico (com ou sem grampos)	85400394	prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	297,34	Avançado	
Prótese Parcial Removível com grampos bilateral	85400386	prótese parcial removível com grampos bilateral	719,45	Avançado	Independente da quantidade de dentes. Necessário fotografias intra-bucais inicial e final
Prótese Parcial Removível para encaixes	85400378	prótese parcial removível com encaixe de precisão ou de semi precisão	883,03	Avançado	
Prótese Total	85400408	prótese total	798,75	Avançado	
Prótese Imediata	85400416	prótese total Imediata	486,61	Avançado	Total ou Parcial, inclui rodete de cera, quando necessário.
Reembasamento de Prótese Total	85400491	reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	145,75	Avançado	Independente da quantidade de dentes.
Onlay/Inlay em cerâmica	85400521	restauração em cerâmica pura ? onlay	587,35	Avançado	Necessário RX comprobatório inicial e final *
Onlay/Inlay em resina cerâmica	85400530	restauração em cerômero onlay	398,51	Avançado	Necessário RX comprobatório inicial e final *
Faceta porcelana (incluso provisório)	85400181	faceta em cerâmica pura	678,91	Avançado	Inclui provisório / indicada para segmento anterior (canino a canino) com restaurações extensas nas faces interproximais ou em dentes com tratamento endodôntico e alteração de cor. Necessário RX comprobatório inicial e final.
Prótese Fixa Adesiva Metalocerâmica	85400300	prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	753,50	Avançado	Necessário RX comprobatório inicial e final *
Prótese Fixa Adesiva Fibra de Vidro	85400297	prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	591,88	Avançado	Necessário RX comprobatório inicial e final *
Placa de Bruxismo (acrílica)	85400254	órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora)	320,94	Avançado	Em acrílico, incluindo no máximo 03 ajustes.
Placa Mio-relaxante (acetato/silicone)	85400246	órtese mio-relaxante (placa oclusal estabilizadora)	288,47	Avançado	Em acetato ou silicone.
Reconstrução em resina composta	85100226	restauração resina fotopolimerizável - 4 faces	90,87	Avançado	Necessário RX comprobatório inicial e final *
Faceta em resina composta	85100064	faceta direta em resina fotopolimerizável	120,36	Avançado	Indicada para segmento anterior e com restaurações extensas nas faces interproximais ou dentes com tratamento endodôntico e alteração de cor. Necessário RX comprobatório inicial e final *
ORTODONTIA - exceto aparelhos estéticos, funcionais e ortopédicos					
Para fins de auditoria, podendo ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.					
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Manutenção mensal sem cobrança do aparelho (fixo)	86000357	manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	83,14	Avançado	Aparelho convencional. Quebra de brackets até 4 peças está incluso no valor da manutenção, caso contrário acionar direto com o profissional.
Manutenção mensal sem cobrança do aparelho (removível)	86000373	manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho removível	83,14	Avançado	Manutenção exclusiva para aparelhagem removível (placa de Hawley). Válida para realização de uma manutenção 1 mês após entrega do aparelho, uma manutenção após 4 meses da entrega do aparelho e uma manutenção 7 meses após entrega.
Aparelho Móvel	86000462	placa de hawley	166,28	Avançado	Contenção móvel. Valor único.
Aparelho de contenção final (arco lingual)	86000144	arco lingual	90,70	Avançado	Uma contenção por arco (AS - arcada superior; AI - arcada inferior)

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

CLAREAMENTO					
Para fins de auditoria, podendo ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.					
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Caselo	85100021	clareamento dentário caselo	383,74	Avançado	Confeção da moldela individual incluso material (3-4 sessões) e orientações ao paciente com acompanhamento do tratamento.
Em Consultório	85100030	clareamento dentário de consultório	767,47	Avançado	Aplicação no consultório - máximo 3 sessões , sendo 3 aplicações por sessão.
Interno	85200018	clareamento de dente desvitalizado	255,83	Avançado	Por elemento em até 04 (quatro) sessões está incluso restauração provisória. Necessário RX comprobatório inicial e final.
IMPLANTE - exceto enxertos					
Para fins de auditoria, podendo ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.					
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Fase cirurgica	82000980	Implante ósseo integrado	881,90	Avançado	Por peça cirúrgica. Necessário RX comprobatório inicial e final *
Coroa metálocerâmica	85500038	coroa total metálo cerâmica sobre implante	950,69	Avançado	Coroa definitiva / por elemento. Necessário RX comprobatório inicial e final *
Coroa acrílica	85500011	coroa provisória sobre implante	244,47	Avançado	Coroa provisória / por elemento/ para dentes anteriores. Necessário RX comprobatório inicial e final *
RETRATAMENTO					
Para fins de auditoria, podendo ser solicitadas radiografias e/ou fotografias adicionais que comprovem a execução ou a qualidade na execução dos procedimentos realizados.					
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO TUS	DESCRIÇÃO TUS	VALOR CREDENCIADO	CLASSIFICAÇÃO SESI	OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES
Retratamento Endodôntico 01 conduto	85200115	retratamento endodôntico uniradicular	178,60	Avançado	
Retratamento Endodôntico 02 condutos	85200093	retratamento endodôntico biradicular	221,94	Avançado	Necessário RX comprobatório inicial e final *
Retratamento Endodôntico 03 ou mais condutos	85200107	retratamento endodôntico multiradicular	350,24	Avançado	

* as películas radiográficas processadas deverão ser encartadas e posicionadas conforme o hemitru ao qual o dente se refere. Na carteira, deverá ser informado o número do dente para o qual o procedimento foi executado e o número da guia (G10) correspondente.

** os exames radiográficos deverão ser carregados / disponibilizados ("upload") no sistema odontológico, Portal DS Odonto.