

17	GRUPO	TUSS	PROCEDIMENTO	USO	REGIÃO	ROL	PADRÃO		AUTORIZADO		PROPOSTA		MOEDA CIDADE	
							COBERTO	R\$ COBERTO	MULT	R\$	MULT	R\$	MÍNIMO	MÁXIMO
1	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000278	FOTOGRAFIA	22	BOCA	NÃO COBERTO	0,25	R\$ 5,50	0,30	R\$ 6,60	-	-	0,00	0,00
2	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	222	BOCA	COBERTO	0,79	R\$ 175,38	0,83	R\$ 184,45	-	-	0,00	0,00
3	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000308	MODELOS ORTODÔNTICOS	44	BOCA	NÃO COBERTO	0,69	R\$ 30,36	0,73	R\$ 31,93	-	-	0,00	0,00
4	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000324	RX ANTERO-POSTERIOR	86	BOCA	NÃO COBERTO	0,64	R\$ 55,04	0,67	R\$ 57,89	-	-	0,00	0,00
5	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000340	RX DA ATM	193	BOCA	NÃO COBERTO	0,69	R\$ 133,17	0,73	R\$ 140,06	-	-	0,00	0,00
6	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000367	RX MÃO E PUNHO - CARPAL	64	USUÁRIO	NÃO COBERTO	0,69	R\$ 44,16	0,73	R\$ 46,44	-	-	0,00	0,00
7	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-WING	14		COBERTO	0,80	R\$ 11,20	0,84	R\$ 11,78	-	-	0,00	0,00
8	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000383	RADIOGRAFIA OCCLUSAL	29	ARCADA	COBERTO	1,26	R\$ 36,54	1,33	R\$ 38,43	-	-	0,00	0,00
9	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA)	78	BOCA	COBERTO	0,72	R\$ 56,16	0,84	R\$ 65,52	-	-	0,72	0,72
10	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000413	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA / MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA)	96	BOCA	NÃO COBERTO	0,71	R\$ 68,16	0,75	R\$ 71,69	-	-	0,00	0,00
11	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000421	RX PERIAPICAL	14		COBERTO	0,80	R\$ 11,20	0,84	R\$ 11,78	-	-	0,80	0,80
12	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000430	RX POSTERO-ANTERIOR	86	BOCA	NÃO COBERTO	0,64	R\$ 55,04	0,67	R\$ 57,89	-	-	0,00	0,00
13	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000472	TELERRADIOGRAFIA	86	BOCA	NÃO COBERTO	0,68	R\$ 58,48	0,72	R\$ 61,50	-	-	0,00	0,00
14	Radiologia Odontológica e Imagninologia	81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	110	BOCA	NÃO COBERTO	0,70	R\$ 77,00	0,74	R\$ 80,98	-	-	0,00	0,00
15	Radiologia Odontológica e Imagninologia	345	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA "A"	381	BOCA	NÃO COBERTO	0,67	R\$ 255,27	0,71	R\$ 270,51	-	-	0,67	0,67
16	Radiologia Odontológica e Imagninologia	346	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA "B"	346	BOCA	NÃO COBERTO	0,67	R\$ 231,82	0,70	R\$ 243,81	-	-	0,00	0,00
17	Radiologia Odontológica e Imagninologia	348	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA "E"	313	BOCA	NÃO COBERTO	0,54	R\$ 169,02	0,57	R\$ 177,76	-	-	0,00	0,00