

Especialidade	Valor USO
CHIRURGIA	0,78
CLAREAMENTO	0,78
CLINICA GERAL	0,78
DIAGNÓSTICO	0,78
ENDODONTIA	0,98
ODONTOPIEDIATRIA	0,78
ORTODONTIA	0,78
PERIODONTIA	0,78
PREVENÇÃO	0,78
PRÓTESE	0,78
RADIOLOGIA	0,78

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO) - 2022

Especialidade	Código TUSS	Descrição do Procedimento	Bronze	Bronze I	Bronze Doc	Bronze AD	M1	Bronze Integral I	Bronze Doc I	Bronze Integral Doc I	Bronze PLUS	Bronze Plus I	Prata I	Prata AD	Prata PLUS	Ouro Prótese	Ouro I	Ouro AD	Valor em Reais	Região	Rx Inicial	Rx Final	Foto Inicial	Foto final	Documentação Complementar	Regras Técnicas	Periodicidade
DIAGNÓSTICO	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	●	●	●	●	●								●	●	●	●	21,04	ASAI					Procedimento único no dia	6 meses	
DIAGNÓSTICO	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 HRS: Colagem de fragmentos; Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático; Coroa provisória sem pino; Exodontia de dente deciduo; Exodontia de raiz residual; Exodontia simples de permanente; Imobilização dentária em dentes permanentes; Incisão e drenagem intra ou extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial; Remoção de dreno intra e extra oral; Redução simples de luxação de ATM; Pulpectomia; Recimentação de trabalho protético; Reimplante dentário com contenção; Restauração em resina fotopolimerizável em dentes anteriores; Restauração temporária/tratamento expectante; Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial; Tratamento de abscesso periodontal agudo; Tratamento de alveolite; Tratamento de pericoronarite.	●	●	●	●	●								●	●	●	●	0,00	ASAI	●	●			Necessário informar em sistema o procedimento que foi realizado na urgência. Procedimento exclusivo para Clínica de Atendimento 24 horas. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	-	
DIAGNÓSTICO	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA: Colagem de fragmentos; Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático; Imobilização dentária em dentes permanentes; Incisão e drenagem intra ou extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial; Remoção de dreno intra e extra oral; Pulpectomia; Recimentação de trabalho protético; Reimplante dentário com contenção; Restauração temporária/tratamento expectante; Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial; Tratamento de abscesso periodontal agudo; Tratamento de alveolite; Tratamento de pericoronarite.	●	●	●	●	●								●	●	●	●	27,23	ASAI	●	●			Inclui exame clínico. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a região/dente e o procedimento que foi realizado na urgência. Não é reembolsada para pacientes em tratamento no consultório. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	-	
DIAGNÓSTICO	81000073	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	46,54	ASAI	●				Somente quando solicitado pela Porto Seguro. O valor da radiografia está incluso no procedimento.		
DIAGNÓSTICO	81000111	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	54,94	ASAI					● Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.		
DIAGNÓSTICO	81000138	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM MATERIAL DE BIOPSIA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	54,94	ASAI					● Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.		

DIAGNÓSTICO	81000154	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM PECA CIRURGICA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	54,94	ASAI				● Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.	
DIAGNÓSTICO	81000170	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM PUNCAO NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	54,94	ASAI				● Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.	
DIAGNÓSTICO	84000228	TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA		●		●					10,18	ASAI				● Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica ou condição sistêmica para a realização do procedimento e anexar o resultado do teste. Procedimento exclusivo para especialistas em Periodontia e Odontopediatria.	12 meses
DIAGNÓSTICO	41401654	TESTE DE FLUXO SALIVAR	●	●	●	●	●	●	●	●	10,18	ASAI				● Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica ou condição sistêmica para a realização do procedimento e anexar o resultado do teste. Procedimento exclusivo para especialistas em Periodontia e Odontopediatria.	12 meses
DIAGNÓSTICO	84000252	TESTE DE PH SALIVAR	●	●	●	●	●	●	●	●	10,18	ASAI				● Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica ou condição sistêmica para a realização do procedimento e anexar o resultado do teste. Procedimento exclusivo para especialistas em Periodontia e Odontopediatria.	12 meses
RADIOLOGIA	90010061	DOCUMENTACAO ORTODONTICA SIMPLES (5 fotos, Rx panorâmica, Telerradiografia com 2 traçados, Modelos ortodônticos)			●	●	●	●	●	●	145,12	ASAI	●			● Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Ortodontia.	24 meses
RADIOLOGIA	90010339	DOCUMENTACAO PERIODONTAL (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais de pré-molares e molares, 2 fotos extra-orais e 3 fotos intra-bucais, modelos, caixa para modelos e pasta)		●		●					198,98	ASAI	●			● Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Periodontia.	24 meses
RADIOLOGIA	81000278	FOTOGRAFIAS			●		●				10,61	ASAI		●		● Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Ortodontia.	12 meses
RADIOLOGIA	81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	●	●	●	●	●	●	●	●	122,44	ASAI	●			● Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Periodontia.	18 meses
RADIOLOGIA	90010278	PACOTE PARA FOTOS			●		●				53,04			●		● Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Ortodontia.	12 meses
RADIOLOGIA	90010374	PACOTE PARA SLIDE			●		●				74,26			●		● Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica.	12 meses
RADIOLOGIA	81000367	RADIOGRAFIA DA MÃO E PUNHO - CARPAL			●		●			●	89,70		●			● Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Ortodontia.	24 meses
RADIOLOGIA	81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING	●	●	●	●	●	●	●	●	10,18	R	●			● Quando realizada em clínica radiológica, é necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Quando realizada em consultório é necessário anexar em sistema o exame realizado.	6 meses para o mesmo profissional

RADIOLOGIA	81000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	21,76	A	●			●	Quando realizada em clínica radiológica, é necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Quando realizada em consultório é necessário anexar em sistema o exame realizado.	6 meses para o mesmo profissional
RADIOLOGIA	81000413	RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM TRAÇADO			●		●					47,75	ASAI	●			●	Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica.	12 meses
RADIOLOGIA	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	39,90	ASAI	●			●	Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica.	12 meses
RADIOLOGIA	81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10,18	R	●			●	Quando realizada em clínica radiológica, é necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Quando realizada em consultório é necessário anexar em sistema o exame realizado.	6 meses para o mesmo profissional
RADIOLOGIA	81000340	RX DA ATM			●		●			●		76,41	ASAI	●			●	Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Odontonia.	24 meses
RADIOLOGIA	81000456	SLIDE			●		●					10,61	ASAI		●	●	●	Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica.	12 meses
RADIOLOGIA	81000570	TECNICA DE LOCALIZACAO RADIOGRAFICA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	30,54	R	●			●	Inclui 3 radiografias periapicais. Quando realizada em clínica radiológica, é necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Quando realizada em consultório é necessário anexar em sistema o exame realizado.	6 meses para o mesmo profissional
RADIOLOGIA	81000472	TELERRADIOGRAFIA			●		●	●		●		58,50	ASAI	●			●	Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Odontonia.	24 meses
RADIOLOGIA	81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO			●		●	●		●		74,88	ASAI	●			●	Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Odontonia.	24 meses
CIRURGIA	82000034	ALVEOLOPLASTIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	72,36	HA	●	●			Incluso na exodontia. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000050	AMPUTACAO RADICULAR COM OU SEM OBTURACAO RETROGRADA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	152,03	D	●	●		●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTIBULO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	90,04	A		●	●	●	Inclui extensão de vestibulo e reconstrução do sulco gengivo-labial. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000077	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	183,19	D	●	●			O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000085	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETROGRADA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	162,79	D	●	●			O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	209,59	D	●	●			O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETROGRADA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	192,89	D	●	●			O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000174	APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	152,03	D	●	●			O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único

CIRURGIA	82000182	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	●	●	●	●	●	●	●	●	142,00	D	●	●		O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único	
CIRURGIA	30202027	BIÓPSIA DE BOCA	●	●	●	●	●	●	●	●	62,47	ASAI			●	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-patológico e preencher o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso com o tipo de lesão. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único	
CIRURGIA	30204011	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	●	●	●	●	●	●	●	●	62,47	ASAI			●	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-patológico e preencher o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso com o tipo de lesão. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único	
CIRURGIA	30201012	BIÓPSIA DE LÁBIO	●	●	●	●	●	●	●	●	62,47	ASAI			●	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-patológico e preencher o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso com o tipo de lesão. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único	
CIRURGIA	30201031	BIÓPSIA DE LÍNGUA	●	●	●	●	●	●	●	●	62,47	LG			●	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-patológico e preencher o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso com o tipo de lesão. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único	
CIRURGIA	30211018	BIOPSIA DE MANDIBULA	●	●	●	●	●	●	●	●	62,47	AI			●	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-patológico e preencher o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso com o tipo de lesão. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único	
CIRURGIA	82000280	BIOPSIA DE MAXILA	●	●	●	●	●	●	●	●	62,47	AS			●	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-patológico e preencher o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso com o tipo de lesão. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único	
CIRURGIA	82000344	CIRURGIA ODONTOLOGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTO			●		●				318,24	HA	●	●		●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR			●		●				37,14	R	●	●		●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000360	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL	●	●	●	●	●	●	●	●	133,49	A	●	●			Necessário anexar em sistema radiografias oclusais. Remunerado somente para finalidade protética. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000387	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL	●	●	●	●	●	●	●	●	75,06	A	●	●			Necessário anexar em sistema radiografias oclusais. Remunerado somente para finalidade protética. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000395	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	●	●	●	●	●	●	●	●	98,66	A	●	●			Necessário anexar em sistema radiografias oclusais. Remunerado somente para finalidade protética. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000786	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	●	●	●	●	●	●	●	●	95,49	S	●	●		●	Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-patológico e preencher o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000794	EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE	●	●	●	●	●	●	●	●	78,67	ASAI			●	●	Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-patológico e preencher o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000808	EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA	●	●	●	●	●	●	●	●	99,40	ASAI			●	●	Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-patológico e preencher o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000816	EXODONTIA A RETALHO	●	●	●	●	●	●	●	●	51,70	D	●	●			Inclui alveoloplastia e odonto-secção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	●	●	●	●	●	●	●	●	33,39	D	●	●			Inclui alveoloplastia e odonto-secção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	●	●	●	●	●	●	●	●	38,55	D	●	●			Inclui alveoloplastia e odonto-secção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único

CIRURGIA	82000883	FRENUECTOMIA LABIAL (Frenectomia labial)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	63,49	A			●	●	Inclui frenulotomia, troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós- operatórios. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000891	FRENUECTOMIA LINGUAL (Frenectomia lingual)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	89,39	A			●	●	Inclui frenulotomia, troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós- operatórios. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000905	FRENULOTOMIA LABIAL (Frenotomia labial)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	63,49	A			●	●	Inclui frenulotomia, troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós- operatórios. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL (Frenotomia lingual)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	89,39	A			●	●	Inclui frenulotomia, troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós- operatórios. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001073	ODONTO-SECÇÃO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	84,53	D	●	●		●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso e planejamento pós-cirúrgico. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001103	PUNÇÃO ASPIRATIVA C AGULHA FINA/COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	62,47	ASAI			●	●	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-patológico. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	30201080	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	162,73	A			●	●	Inclui frenulotomia, troca de cimento cirúrgico e eventual curativo pós- operatório. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001170	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	145,70	S	●	●		●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001189	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	76,29	S	●	●		●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001197	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ATM	●	●	●	●	●	●	●	●	●	114,54	ASAI				●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	●	●	●	●	●	●	●	●	●	159,70	D	●	●			Inclui alveoplastia e odonto-secção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS	●	●	●	●	●	●	●	●	●	114,54	D	●	●			Inclui alveoplastia e odonto-secção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001367	REMOÇÃO DE ODONTOMA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	108,87	S	●	●		●	Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-patológico. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001413	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL		●		●						140,08	R	●	●		●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001464	SEPULTAMENTO RADICULAR	●	●	●	●	●	●	●	●	●	227,02	D	●	●		●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	76,29	ASAI			●	●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001502	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA		●	●	●	●	●	●	●		188,29	D	●	●			Autorizado para pacientes que estejam em tratamento ortodôntico. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001545	TRAT CIR DE BRIDAS CONSTITUTIVAS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	79,74	A			●	●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001553	TRAT CIR DE HIPERPLASIAS DE TEC MOLES BUCO-MAXILO-FACIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	95,49	A			●	●	Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-patológico e preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica da lesão e técnica cirúrgica realizada. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001596	TRAT CIR DE TUM BENIG DE TEC ÓSSEOS/CART BUCO-MAXILO-FACIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	95,49	A	●	●		●	Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-patológico e preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica da lesão e técnica cirúrgica realizada. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único

CIRURGIA	82001634	TRAT CIR PARA TUM ODONTOG BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	95,49	A	●	●	●	Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-patológico e preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica da lesão e técnica cirúrgica realizada. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001510	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO NASAIS OU BUCO SINUSAIS	●	●	●	●	●	●	●	●	●	95,49	HA	●	●	●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica com sinais e sintomas, histórico de comunicações anteriores e técnica cirúrgica utilizada. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CLAREAMENTO	85100030	CLAREAMENTO DENTÁRIO DE CONSULTÓRIO (LASER)							●		819,23	ASAI		●	●	●	Procedimento refere-se ao tratamento completo, independente do número de sessões realizadas. Necessário envio de fotos inicial e final da boca do paciente. O valor das fotos está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CLAREAMENTO	85100072	PLACA DE ACETATO - CLAREAMENTO CASEIRO				●		●	●		159,90	ASAI		●	●	●	Procedimento composto pela placa para o clareamento, não inclui o gel clareador. Necessário envio de foto inicial da boca do paciente, e fotos das placas superior e inferior posicionadas. O valor das fotos está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CLÍNICA GERAL	85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL	●	●	●	●	●	●	●	●	43,84	D		●	●	●	Autorizado somente nos dentes anteriores. Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento. O valor da radiografia/foto está incluso no procedimento.	24 meses
CLÍNICA GERAL	85100080	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE	●	●	●	●	●	●	●	●	29,06	D	●	●	●	●	Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento. Não remunerado com aplicação de selante e outras restaurações. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	24 meses
CLÍNICA GERAL	85100099	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 1 FACE	●	●	●	●	●	●	●	●	27,23	D				●	Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento. Conforme cláusula contratual e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses
CLÍNICA GERAL	85100102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 2 FACES	●	●	●	●	●	●	●	●	35,70	D				●	Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento. Conforme cláusula contratual e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses
CLÍNICA GERAL	85100110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 3 FACES	●	●	●	●	●	●	●	●	40,89	D				●	Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento. Conforme cláusula contratual e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses
CLÍNICA GERAL	85100129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 4 FACES	●	●	●	●	●	●	●	●	40,89	D				●	Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses

CLÍNICA GERAL	85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	●	●	●	●	●	●	●	●	38,37	D				Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento; Não remunerado exclusivamente por finalidade estética. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses
CLÍNICA GERAL	85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	●	●	●	●	●	●	●	●	41,41	D				Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento; Não remunerado exclusivamente por finalidade estética. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses
CLÍNICA GERAL	85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	●	●	●	●	●	●	●	●	43,84	D				Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento; Não remunerado exclusivamente por finalidade estética. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses
CLÍNICA GERAL	85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	●	●	●	●	●	●	●	●	43,84	D				Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento; Não remunerado exclusivamente por finalidade estética. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses
ENDODONTIA	85200018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO		●	●	●	●	●	●	●	79,13	D	●			Inclui 3 sessões. Remunerado somente para dentes anteriores e desvitalizados. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ENDODONTIA	85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	●	●	●	●	●	●	●	●	42,41	D	●	●		Não remunerado quando houver indicação de exodontia. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ENDODONTIA	85200093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	●	●	●	●	●	●	●	●	280,78	D	●	●		Inclui a remoção de material obturador, remoção de corpo estranho, troca de medicação intracanal, restauração provisória e preparo prévio do conduto para instalação de pino ou núcleo. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ENDODONTIA	85200107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	●	●	●	●	●	●	●	●	380,33	D	●	●		Inclui a remoção de material obturador, remoção de corpo estranho, troca de medicação intracanal, restauração provisória e preparo prévio do conduto para instalação de pino ou núcleo. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ENDODONTIA	85200115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	●	●	●	●	●	●	●	●	191,44	D	●	●		Inclui a remoção de material obturador, remoção de corpo estranho, troca de medicação intracanal, restauração provisória e preparo prévio do conduto para instalação de pino ou núcleo. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ENDODONTIA	85200123	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	●	●	●	●	●	●	●	●	100,51	D	●	●		Inclui todas as trocas de medicação; não remunerado quando houver indicação de exodontia. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ENDODONTIA	85200131	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	●	●	●	●	●	●	●	●	56,45	D	●	●		Necessário intervalo de no mínimo 30 dias entre cada sessão. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	30 dias
ENDODONTIA	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	●	●	●	●	●	●	●	●	207,40	D	●	●		Inclui pulpectomia, remoção de corpo estranho, troca de medicação intracanal, restauração provisória e preparo prévio do conduto para instalação de pino ou núcleo. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único

ENDODONTIA	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	●	●	●	●	●	●	●	●	●	296,10	D	●	●			Inclui pulpectomia, remoção de corpo estranho, troca de medicação intracanal, restauração provisória e preparo prévio do conduto para instalação de pino ou núcleo. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ENDODONTIA	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	●	●	●	●	●	●	●	●	●	145,50	D	●	●			Inclui pulpectomia, remoção de corpo estranho, troca de medicação intracanal, restauração provisória e preparo prévio do conduto para instalação de pino ou núcleo. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ODONTOPEDIATRIA	84000031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	15,26	ASAI			●		Autorizado somente para dentes deciduos; não remunerado simultaneamente com aplicação de selante, procedimento restaurador ou endodontico. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ODONTOPEDIATRIA	90030038	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	●	●	●	●	●	●	●	●	●	34,58	ASAI					Inclui Profilaxia + Aplicação de verniz fluoretado + Orientação de higiene + Evidenciado de placa + Dessensibilização. Procedimento autorizado somente para pacientes menores de 15 anos.	6 meses
ODONTOPEDIATRIA	85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO - EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	12,68	D	●	●			Permanência mínima de 30 dias. Autorizado somente para dentes deciduos. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ODONTOPEDIATRIA	81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	24,11	ASAI			●		Inclui 3 sessões. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso ou condição sistêmica para a realização do procedimento. Autorizado somente para pacientes menores de 7 anos ou pacientes especiais maiores.	180 dias
ODONTOPEDIATRIA	83000046	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	74,66	D	●	●			Autorizado somente para pacientes menores de 12 anos. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ODONTOPEDIATRIA	83000062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	74,66	D	●	●			Autorizado somente para pacientes menores de 12 anos. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ODONTOPEDIATRIA	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	35,55	D			●		Inclui alveoplastia e odonto-seção. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ODONTOPEDIATRIA	83000097	MANTENEDOR DE ESPACO (FIXO OU MOVEL) SEM COBRANÇA DE MANUTENÇÃO MENSAL		●		●						115,46	A			●	●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.	Procedimento Único
ODONTOPEDIATRIA	83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	44,72	D	●	●			Não remunerado simultaneamente com tratamento endodontico. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ODONTOPEDIATRIA	83000135	RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE DECIDUO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	29,06	D	●	●			Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento. Não remunerado com aplicação de selante e outras restaurações. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	24 meses
ODONTOPEDIATRIA	85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE	●	●	●	●	●	●	●	●	●	29,06	D					Autorizado somente para dentes deciduos; Considerado número total de faces independentemente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento. Não remunerado com aplicação de selante e outras restaurações. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	12 meses
ODONTOPEDIATRIA	85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 2 FACES	●	●	●	●	●	●	●	●	●	29,06	D					Autorizado somente para dentes deciduos; Considerado número total de faces independentemente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento. Não remunerado com aplicação de selante e outras restaurações. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	12 meses

ODONTOPEDIATRIA	85100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 3 FACES	●	●	●	●	●	●	●	●	29,06	D				Autorizado somente para dentes deciduos; Considerado número total de faces independentemente de serem cavidades distintas ou não: Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento. Não remunerado com aplicação de selante e outras restaurações. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	12 meses
ODONTOPEDIATRIA	85100161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 4 FACES	●	●	●	●	●	●	●	●	29,06	D				Autorizado somente para dentes deciduos; Considerado número total de faces independentemente de serem cavidades distintas ou não: Inclui preenchimento, forramento, ajuste oclusal e polimento. Não remunerado com aplicação de selante e outras restaurações. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	12 meses
ODONTOPEDIATRIA	83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	●	●	●	●	●	●	●	●	64,18	D	●	●		Remunerado somente com o preenchimento total dos condutos. Não remunerado para dentes em processo de esfoliação. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
ORTODONTIA		APARELHO FIXO/REMOVÍVEL: Aparelho de Klammt; Aparelho de Thurow; Aparelhos estéticos (alinhador estético removível, autoligáveis, contenção estética, porcelana, safira, aparelho lingual); Aparelho ortodôntico remov. com alças Bionator invertida ou de Escheler; APM - Aparelho de Protração Mandibular; Bionator de Balters; Blocos gemenados de Clark - Twinblock; Herbst encapsulado; Máscara facial - Delâire e tração reversa; Mini implante ortodôntico; Modelador elástico de Bimler; Monobloco; Pistas diretas de Planas - superior e inferior; Pistas indiretas de Planas; Placa dupla de Sanders; Regulador de função de Frankel; Simões Network; Splinter.	N.C.	0					Aparelhos sem cobertura								
		APARELHO FIXO/REMOVÍVEL: Aparelho extra-bucal; Aparelho ortodôntico fixo metálico; Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial; Arco lingual; Barra transpalatina fixa; Barra transpalatina removível; Boîte de Nance; Contenção fixa - por arcada; Disjuntor de HASS; Disjuntor palatino - Hirax; Disjuntor palatino - Macnamara; Distalizador com mola nitinol;														Benefício Adicional: consiste na realização do	

PERIODONTIA	82000921	GENGIVECTOMIA	●	●	●	●	●	●	●	●	36,29	S			●	●	Inclui gengivoplastia, troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós- operatórios. Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. O valor da foto está incluso no procedimento.	12 meses
PERIODONTIA	82000948	GENGIVOPLASTIA	●	●	●	●	●	●	●	●	36,29	A			●	●	Inclui troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós- operatórios. Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. O valor da foto está incluso no procedimento.	12 meses
PERIODONTIA	85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	●	●	●	●	●	●	●	●	55,87	S	●	●		●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
PERIODONTIA	90070072	RASPAGEM SUPRA E SUB GENGIVAL	●	●	●	●	●	●	●	●	53,41	A	●			●	Inclui Profilaxia + Aplicação de flúor + Aplicação de verniz fluoretado + Orientação de higiene + Evidenciiação de placa + Remoção de fatores de retenção de placa + Dessaensibilização + Ajuste oclusal. Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. Remunerado somente anexando em sistema o Periograma (modelo disponível no site). O valor da radiografia está incluso no procedimento.	6 meses
PERIODONTIA	90070064	RASPAGEM SUPRA GENGIVAL	●	●	●	●	●	●	●	●	31,18	A					Inclui Profilaxia + Aplicação de flúor + Aplicação de verniz fluoretado + Orientação de higiene + Evidenciiação de placa + Remoção de fatores de retenção de placa + Dessaensibilização + Ajuste oclusal. Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos.	6 meses
PERIODONTIA	82001685	TUNELIZAÇÃO	●	●	●	●	●	●	●	●	84,39	D	●	●			Inclui troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós- operatórios. Autorizado somente para dentes posteriores permanentes e para pacientes maiores de 15 anos. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
PERIODONTIA	82001707	ULECTOMIA	●	●	●	●	●	●	●	●	47,27	D	●				Remunerado somente para dentes em fase de erupção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	12 meses
PERIODONTIA	82001715	ULOTOMIA	●	●	●	●	●	●	●	●	46,76	D	●				Remunerado somente para dentes em fase de erupção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	12 meses
PREVENÇÃO	84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA	●	●	●	●	●	●	●	●	18,95	D		●			Autorizado somente para dentes permanentes em pacientes menores de 12 anos. Remunerado somente para dentes hígidos. O valor da foto está incluso no procedimento.	12 meses
PREVENÇÃO	84000074	APLICACAO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	●	●	●	●	●	●	●	●	18,95	D		●			Autorizado somente para dentes permanentes em pacientes menores de 12 anos. Remunerado somente para dentes hígidos. O valor da foto está incluso no procedimento.	12 meses
PREVENÇÃO	90030062	PROFILAXIA - POLIMENTO CORONÁRIO	●	●	●	●	●	●	●	●	25,90	ASAI					Inclui Aplicação de flúor + Aplicação de verniz fluoretado + Orientação de higiene + Evidenciiação de placa + Remoção de fatores de retenção de placa + Dessaensibilização. Autorizado somente para pacientes menores de 15 anos.	6 meses
PREVENÇÃO	84000201	REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA	●	●	●	●	●	●	●	●	16,11	A					Inclui 3 sessões. Autorizado somente para pacientes menores de 7 anos.	6 meses
PREVENÇÃO	84000236	TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLOGICA			●						9,28	ASAI			●		Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica ou condição sistêmica para a realização do procedimento e anexar o resultado do teste. Procedimento exclusivo para especialistas em Odontopediatria.	12 meses
PRÓTESE	85400033	CONERTO EM PROTESE PARCIAL REMOVIVEL (EM CONSULTORIO E EM LABORATÓRIO)				●			●	●	35,55	A		●	●	●	Inclui ajuste oclusal. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando o tipo de conserto. O valor da foto está incluso no procedimento.	12 meses
PRÓTESE	85400041	CONERTO EM PROTESE PARCIAL REMOVIVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTORIO)				●			●	●	35,55	A		●	●	●	Inclui ajuste oclusal. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando o tipo de conserto. O valor da foto está incluso no procedimento.	12 meses
PRÓTESE	85400050	CONERTO EM PROTESE TOTAL (EM CONSULTORIO E EM LABORATORIO)				●			●	●	35,55	A		●	●	●	Inclui ajuste oclusal. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando o tipo de conserto. O valor da foto está incluso no procedimento.	12 meses
PRÓTESE	85400068	CONERTO EM PROTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTORIO)				●			●	●	35,55	A		●	●	●	Inclui ajuste oclusal. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando o tipo de conserto. O valor da foto está incluso no procedimento.	12 meses

PRÓTESE	87000040	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	●	●	●	●	●	●	●	●	74,66	D	●	●		Inclui ajuste oclusal. Autorizado somente para dentes anteriores. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Único
PRÓTESE	87000059	COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE	●	●	●	●	●	●	●	●	74,66	D	●	●		Inclui ajuste oclusal. Autorizado somente para dentes posteriores. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Único
PRÓTESE	85400084	COROA PROVISÓRIA COM ou SEM PINO	●	●	●	●	●	●	●	●	64,81	D	●	●		Para os planos Bronze e Prata, a coroa provisória será autorizada somente para reabilitação unitária, não sendo cobertos para dentes pilares de PPF e prótese sobre implante. Inclui ajuste oclusal. O código deverá ser utilizado tanto nos casos de coroa com ou sem pino. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400092	COROA TOTAL ACRÍLICA PRENSADA		●		●	●			●	163,09	D	●	●		Autorizado somente para reabilitação unitária. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400106	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA							●	●	439,34	D	●	●		Autorizado somente para reabilitação unitária. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	●	●	●	●	●	●	●	●	308,10	D	●	●		Para os planos Bronze e Prata, será autorizada somente para dentes anteriores. Autorizado somente para reabilitação unitária. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400149	COROA TOTAL METÁLICA	●	●	●	●	●	●	●	●	247,78	D	●	●		Autorizado somente para reabilitação unitária. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400157	COROA TOTAL METALO CERÂMICA							●	●	506,42	D	●	●		Autorizado somente para reabilitação unitária. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400165	COROA TOTAL METALO-PLÁSTICA - CERÔMERO				●		●	●	●	397,40	D	●	●		Autorizado somente para reabilitação unitária. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400173	COROA TOTAL METALO-PLÁSTICA - RESINA ACRÍLICA				●		●	●	●	397,40	D	●	●		Autorizado somente para reabilitação unitária. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400181	FACETA EM CERÂMICA PURA							●	●	375,20	D	●	●		Autorizado somente para dentes anteriores. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400190	FACETA EM CERÔMERO							●		284,70	D	●	●		Autorizado somente para dentes anteriores. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	●	●	●	●	●	●	●	●	47,70	D	●	●		Remunerado para dentes com grande destruição coronária e tratamento endodôntico, com necessidade de realização de coroa ou restauração inlay/onlay, porém sem necessidade de confecção de núcleo metálico fundido. Não indicado nos casos de restauração direta. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	●	●	●	●	●	●	●	●	117,90	D	●	●		Inclui o preparo prévio do conduto. Remunerado para dentes com tratamento endodôntico satisfatório e estrutura radicular remanescente suficiente para posterior reabilitação protética. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400246	ÓRTESE MIRRRELAXANTE (PLACA OCCLUSAL ESTABILIZADORA)				●		●	●	●	165,07	ASAI			●	Inclui ajuste oclusal. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da foto está incluso no procedimento.	24 meses
PRÓTESE	85400262	PINO PRÉ FABRICADO	●	●	●	●	●	●	●	●	55,04	D	●	●		Inclui o preparo prévio do conduto. Remunerado para dentes com tratamento endodôntico satisfatório e estrutura radicular remanescente suficiente para posterior reabilitação. O pino a ser instalado pode ser metálico ou de fibra de vidro. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400297	PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)							●		857,69	D	●	●	●	Deve ser solicitada autorização apenas para o pôntico. Autorizado somente para ausências unitárias em região anterior e presença de dentes adjacentes com boa estrutura radicular remanescente. Para pagamento é necessário anexar em sistema termo de risco. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses

PRÓTESE	85400300	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO CERÂMICA							●	●	903,20	D	●	●		●	Deve ser solicitada autorização apenas para o pôntico. Autorizado somente para ausências unitárias em região anterior e presença de dentes adjacentes com boa estrutura radicular remanescente. Para pagamento é necessário anexar em sistema termo de risco. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO PLÁSTICA							●	●	803,14	D	●	●		●	Deve ser solicitada autorização apenas para o pôntico. Autorizado somente para ausências unitárias em região anterior e presença de dentes adjacentes com boa estrutura radicular remanescente. Para pagamento é necessário anexar em sistema termo de risco. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400327	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)							●		473,57	D	●	●			Deve ser solicitada autorização por elemento. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400335	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERÂMICA							●	●	519,08	D	●	●			Deve ser solicitada autorização por elemento. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400343	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO PLÁSTICA							●	●	419,02	D	●	●			Deve ser solicitada autorização por elemento. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400351	PROTESE PARCIAL FIXA IN CERAN LIVRE DE METAL (METAL FREE)							●		585,78	D	●	●			Deve ser solicitada autorização por elemento. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400360	PROTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA							●	●	64,81	D	●	●			Deve ser solicitada autorização por elemento. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400378	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO (attachment)							●		2719,08	A		●			Inclui ajuste oclusal. A radiografia deve evidenciar os dentes de apoio (bilateral) com a prótese instalada. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL					●		●	●	690,53	A		●			Inclui ajuste oclusal. A radiografia deve evidenciar os dentes de apoio (bilateral) com a prótese instalada. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA					●			●	379,77	A		●			Inclui ajuste oclusal. A radiografia deve evidenciar os dentes de apoio (bilateral) com a prótese instalada. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400408	PRÓTESE TOTAL					●		●	●	634,97	A			●		Inclui ajuste oclusal. O valor da foto está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400416	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA					●		●	●	421,20	A			●		Inclui ajuste oclusal. O valor da foto está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400424	PRÓTESE TOTAL INCOLOR							●		421,20	A			●		Inclui ajuste oclusal. O valor da foto está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (CONSULTÓRIO)					●			●	124,62	A			●	●	Inclui ajuste oclusal. O valor da foto está incluso no procedimento.	12 meses
PRÓTESE	85400491	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (LABORATÓRIO)					●			●	124,62	A			●	●	Inclui ajuste oclusal. O valor da foto está incluso no procedimento.	12 meses
PRÓTESE	85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	●	●	●	●	●	●	●	●	33,76	D	●	●			Não remunerado quando houver indicação de exodontia. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
PRÓTESE	85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	●	●	●	●	●	●	●	●	30,71	D	●	●			Não remunerado quando houver indicação de exodontia; no caso de prótese fixa é autorizado somente para pilares. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400513	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - INLAY							●	●	374,44	D	●	●			Autorizado somente para dentes posteriores. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400521	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - ONLAY							●	●	374,44	D	●	●			Autorizado somente para dentes posteriores. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY							●	●	312,51	D	●	●			Autorizado somente para dentes posteriores. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses

PRÓTESE	85400530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY							●	●	312,51	D	●	●			Autorizado somente para dentes posteriores. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses
PRÓTESE	85400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	●	●	●	●	●	●	●	●	192,06	D	●	●			Remunerado somente para reabilitação unitária, não sendo preconizado como apoio de prótese parcial fixa em dentes posteriores. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses

Legenda Região	
ASAI	Boca Toda
A	Arcada
AS	Arcada Superior
AI	Arcada Inferior
D	Dente
HA	Hemiarco

Legenda Região	
S	Segmento
R	Região
LG	Língua
N.C.	Não Coberto
B.A.	Benefício Adicional