

Pronto-Socorro

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
11200	Consulta odontológica de urgência em horário comercial	N	N	S	N	DENTE	15 DIAS	Procedimento exclusivo para credenciados na especialidade Pronto-Socorro.	2,07	R\$ 37,26

Pronto-Socorro

>

Consultas

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
81000030	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\$ 43,56

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\$ 11,70
81000383	Radiografia oclusal	N	N	S	N	ASAI	6 MESES	RX centralizado(s), angulação, nitidez e revelação adequados.	1,8	R\$ 32,40
81000421	Radiografia periapical	N	N	S	N	RCID, RCIE, RCSD, RCSE, RII, RIS, RMID, RMIE, RMSD, RMSE, RPID, RPIE, RPSD, RPSE	6 MESES	RX centralizado(s), angulação, nitidez e revelação adequados.	0,65	R\$ 11,70

Radiologia 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 cód. 81000030 (consulta odontológica).	2,14	R\$ 38,52

Urgência em Consultório

>

Cirurgia

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
82000034	ALVEOLOPLASTIA	S	S	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Remunerado apenas quando associado à exodontia múltipla. 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. Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. Incluída em todos os procedimentos de exodontia.	3,1	R\$ 55,80
82000050	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	S	S	S	S	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.Laudo para préanálise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação.Não remunerado simultaneamente com os procedimentos 82000182, 82000174, 82000077, 82000085, 82000158, 82000166 e 82000069.	6	R\$ 108,00
82000069	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	S	S	S	S	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.Laudo para préanálise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação.Não remunerado simultaneamente com os procedimentos 82000182, 82000174, 82000077, 82000085, 82000158, 82000166 e 82000050.	6	R\$ 108,00
82000077	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	S	S	S	S	DENTE	60 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. As apicetomias só serão autorizadas quando não houver possibilidade de regressão da lesão via tratamento endodôntico. 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. Radiografias intermediárias incluídas na execução do procedimento.	22,32	R\$ 401,76
82000085	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	S	S	S	S	DENTE	60 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. As apicetomias só serão autorizadas quando não houver possibilidade de regressão da lesão via tratamento endodôntico. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, inclusive o retorno pósoperatório para avaliação e controle. Radiografias intermediárias incluídas na execução do procedimento.	18,6	R\$ 334,80
82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	S	S	S	S	POR DENTE	60 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. As apicetomias só serão autorizadas quando não houver possibilidade de regressão da lesão via tratamento endodôntico. 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. Radiografias intermediárias incluídas na execução do procedimento.	33,8	R\$ 608,40

Cirurgia

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	S	S	S	S	DENTE	60 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. As apicetomias só serão autorizadas quando não houver possibilidade de regressão da lesão via tratamento endodôntico. 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. Radiografias intermediárias incluídas na execução do procedimento.	25,4	R\$ 457,20
82000174	APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	S	S	S	S	POR DENTE	60 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. As apicetomias só serão autorizadas quando não houver possibilidade de regressão da lesão via tratamento endodôntico. 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. Radiografias intermediárias incluídas na execução do procedimento.	16,74	R\$ 301,32
82000182	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	S	S	S	S	DENTE	60 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. As apicetomias só serão autorizadas quando não houver possibilidade de regressão da lesão via tratamento endodôntico. 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. Radiografias intermediárias incluídas na execução do procedimento.	13,58	R\$ 244,44
82000247	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	N	S	N	N	ASAI	36 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter descrição da lesão (tamanho, cor e localização) e hipótese diagnóstica. 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. Pagamento exclusivo para o ato cirúrgico mediante envio do laudo histopatológico.	4,91	R\$ 88,38
82000255	BIÓPSIA DE LÁBIO	N	S	N	N	LS e LI	36 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter descrição da lesão (tamanho, cor e localização) e hipótese diagnóstica. 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. Pagamento exclusivo para o ato cirúrgico mediante envio do laudo histopatológico.	4,91	R\$ 88,38
82000271	BIÓPSIA DE MANDÍBULA	N	S	N	N	RCID, RCIE, RII, RMID, RMIE, RPID, RPIE	36 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter descrição da lesão (tamanho, cor e localização) e hipótese diagnóstica. 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. Pagamento exclusivo para o ato cirúrgico mediante envio do laudo histopatológico.	4,91	R\$ 88,38
82000280	BIÓPSIA DE MAXILA	N	S	N	N	RCSD, RCSE, RIS, RMSD, RMSE, RPSD, RPSE	36 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter descrição da lesão (tamanho, cor e localização) e hipótese diagnóstica. 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. Pagamento exclusivo para o ato cirúrgico mediante envio do laudo histopatológico.	4,91	R\$ 88,38
82000298	BRIDECTOMIA	N	S	N	N	HASD, HASE, HAID, HAIE	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. 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. Pagamento exclusivo para o ato cirúrgico.	12,27	R\$ 220,86
82000301	BRIDOTOMIA	N	S	N	N	HASD, HASE, HAID, HAIE	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. 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. Pagamento exclusivo para o ato cirúrgico.	12,27	R\$ 220,86
82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	N	S	S	S	AS	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, inclusive o retorno pósoperatório para avaliação e controle.	8,93	R\$ 160,74
82000360	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL	N	S	S	S	AI	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, inclusive o retorno pósoperatório para avaliação e controle.	13,4	R\$ 241,20
82000387	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL	N	S	S	S	HAID e HAIE	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, inclusive o retorno pósoperatório para avaliação e controle.	8,93	R\$ 160,74
82000395	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	N	S	S	S	AS	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, inclusive o retorno pósoperatório para avaliação e controle.	8,93	R\$ 160,74
82000557	CUNHA PROXIMAL	S	S	S	N	POR DENTE	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. 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. Procedimento autorizado somente para beneficiários maiores de 15 anos ou mediante justificativa técnica não remunerado simultaneamente com os procedimentos 82000921 e 82000948.	7,81	R\$ 140,58
82000778	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR	N	S	N	N	HASD, HASE, HAID, HAIE	36 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. 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. Pagamento exclusivo para o ato cirúrgico.	4,71	R\$ 84,78

CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
82000808	EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA	N	S	N	N	REGIÃO LINGUAL	36 MESES	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. 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. Pagamento exclusivo para o ato cirúrgico.	14,88	R\$ 267,84
82000816	EXODONTIA A RETALHO	N	N	S	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Procedimento inclui plastia e curetagem do alvéolo no ato cirúrgico, se necessário. 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.	4,8	R\$ 86,40
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/ PROTÉTICA	N	N	S	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Procedimento inclui plastia e curetagem do alvéolo no ato cirúrgico, se necessário. 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.	4,32	R\$ 77,76
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	N	N	S	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Procedimento inclui plastia e curetagem do alvéolo no ato cirúrgico, se necessário. 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.	4,48	R\$ 80,64
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	N	N	S	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Procedimento inclui plastia e curetagem do alvéolo no ato cirúrgico, se necessário. 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.	4,32	R\$ 77,76
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL	N	S	N	N	FLA	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. 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\$ 160,74
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL	N	S	N	N	FLI	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. 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\$ 160,74
82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	N	N	N	N	HASD, HASE, HAID, HAIE	6 MESES	Utilizar quando não houver acesso via canal. Drenagem via canal deverá ser solicitada como consulta de urgência.	9,67	R\$ 174,06
82001103	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILO-FACIAL	N	S	N	N	HASD, HASE, HAID, HAIE	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter hipótese diagnóstica e histórico clínico de lesão.	4	R\$ 72,00
82001170	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	S	S	N	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. 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.	6,94	R\$ 124,92
82001189	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLODENTÁRIA	S	S	N	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. 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.	3,85	R\$ 69,30
82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/ IMPACTADOS	N	N	S	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Procedimento inclui plastia e curetagem do alvéolo no ato cirúrgico, se necessário. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, incluindo o retorno pós-operatório para avaliação e controle. Serão considerados dentes inclusos os elementos que não completaram o processo eruptivo, cuja superfície oclusal encontra-se abaixo da linha cervical do segundo molar adjacente. Procedimento autorizado apenas para os profissionais habilitados na especialidade de Cirurgia/Especialista.	15,2	R\$ 273,60
82001294	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSOS/ IMPACTADOS	N	N	S	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Procedimento inclui plastia e curetagem do alvéolo no ato cirúrgico, se necessário. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, incluindo o retorno pós-operatório para avaliação e controle. Serão considerados dentes semi- inclusos os elementos que não completaram o processo eruptivo, isto é, a porção coronária está parcialmente recoberta por tecido ósseo e a superfície oclusal encontra-se entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar adjacente. Procedimento autorizado apenas para profissionais habilitados na especialidade de Cirurgia/Especialista.	11,75	R\$ 211,50
82001367	REMOÇÃO DE ODONTOMA	S	S	S	S	RCID, RCIE, RCSE, RII, RIS,RMD, RME, RMID, RMIE, RMPD, RMPE, RMSD, RMSE, RPD, RPE, RPID, RPIE, RPSD, RPSE	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. Cobertura na segmentação odontológica desde que a extensão da lesão permita a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.	13,76	R\$ 247,68
82001391	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILO-FACIAL	S	S	S	S	AS	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. Cobertura na segmentação odontológica desde que a extensão da lesão permita a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.	13,56	R\$ 244,08
82001502	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA	N	N	S	S	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. Imagem radiográfica final deve apresentar a colagem do braquete em posição adequada para tracionamento. Inclui manobra cirúrgica e acessórios ortodônticos.	18	R\$ 324,00

	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
Cirurgia	82001596	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/ CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	S	S	S	N	HASD, HASE, HAID, HAIE	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. Cobertura na segmentação odontológica desde que a extensão da lesão permita a realização do procedimento em ambiente ambulatorial. Não remunerado simultaneamente com o procedimento 82000786.	13,6	R\$ 244,80
	82001618	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	N	S	N	N	HASD, HASE, HAID, HAIE	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. Cobertura na segmentação odontológica desde que a extensão da lesão permita a realização do procedimento em ambiente ambulatorial. Não remunerado simultaneamente com os procedimentos 82000786, 82000794, 82000808 e 82000778.	8	R\$ 144,00
	82001634	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO	S	S	S	N	HASD, HASE, HAID, HAIE	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. Cobertura na segmentação odontológica desde que a extensão da lesão permita a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.	13,58	R\$ 244,44
	82001731	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/ IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	N	N	S	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Procedimento inclui plastia e curetagem do alvéolo no ato cirúrgico se necessário. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, incluindo o retorno pós operatório para avaliação e controle. Serão considerados dentes supra numerários semi-inclusos os elementos que não completaram o processo eruptivo, isto é, a porção coronária está parcialmente recoberta por tecido ósseo e a superfície oclusal encontra-se entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar adjacente. Procedimento autorizado apenas para profissionais habilitados na especialidade de Cirurgia/Especialista.	11,75	R\$ 211,50
	82001740	EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	N	N	S	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Procedimento inclui plastia e curetagem do alvéolo no ato cirúrgico se necessário. Os valores da tabela de cirurgia oral menor incluem todas as etapas de um processo cirúrgico, incluindo o retorno pós operatório para avaliação e controle. Serão considerados dentes supra numerários semi-inclusos os elementos que não completaram o processo eruptivo, isto é, a porção coronária está parcialmente recoberta por tecido ósseo e a superfície oclusal encontra-se entre o plano oclusal e a linha cervical do segundo molar adjacente. Procedimento autorizado apenas para profissionais habilitados na especialidade de Cirurgia/Especialista.	15,2	R\$ 273,60
	82000190	APROFUNDAMENTO/ AUMENTO DE VESTÍBULO	N	S	N	N	HASD, HASE, HAID, HAIE	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação.Inclui extensão de vestibulo e reconstrução de sulco gengivolabial.	8,93	R\$ 160,74

>	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\$ 93,24
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	N	N	N	N	DENTE	24 MESES	Dente deve apresentar estrutura dental suficiente para ser restaurado, preferencialmente sem tratamento endodôntico e, se tratado endodonticamente, preservar 3 faces íntegras.	6,83	R\$ 122,94
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\$ 45,00
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\$ 58,50
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\$ 70,20
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\$ 81,00
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\$ 63,54
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\$ 71,82

	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
Dentística Restauradora	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\$ 93,24
	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\$ 93,24
	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\$ 36,00

>	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 e obturação do conduto. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	12,21	R\$ 219,78
85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Inclui acesso, instrumentação, irrigação e obturação do conduto. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	20,03	R\$ 360,54
85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Inclui acesso, instrumentação, irrigação e obturação do conduto. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	30,16	R\$ 542,88
85200115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Inclui desobturação, instrumentação, irrigação e obturação do conduto. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	17,27	R\$ 310,86
85200093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Inclui desobturação, instrumentação, irrigação e obturação do conduto. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	22,69	R\$ 408,42
85200107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	N	N	S	S	DENTE	EVENTO ÚNICO	Inclui desobturação, instrumentação, irrigação e obturação do conduto. Radiografias intermediárias incluídas no procedimento.	34,28	R\$ 617,04
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\$ 160,74
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\$ 49,86
14397	GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO	N	N	N	N	DENTE	6 MESES	Indicado para dentes em que o tecido gengival impossibilita a execução do tratamento endodôntico de forma satisfatória. Procedimento incluso no aumento de coroa clínica (82000212).	1,7	R\$ 30,60
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\$ 226,08
85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	N	N	S	N	DENTE	60 MESES	Consiste na remoção do núcleo da cavidade intrarradicular com finalidade endodôntica.	7,51	R\$ 135,18
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\$ 72,00
IMPORTANTE: 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 anatómicas adjacentes, assim como a dissociação de todos os condutos e o término das obturações.										

>	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\$

	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, evidênciação 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\$ 27,72
Odontologia Preventiva											

>

Odontopediatria											
	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
	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\$ 66,96
	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\$ 66,96
	82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	N	S	N	N	FLA	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. 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\$ 160,74
	82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	N	S	N	N	FLI	EVENTO ÚNICO	Laudo para pré-análise deverá conter informações clínicas ou hipótese de diagnóstico que justifiquem solicitação. 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\$ 160,74
	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\$ 18,00
	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\$ 54,54
	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\$ 52,20
	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\$ 52,20
	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\$ 52,20
	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\$ 52,20
	83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	N	N	S	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Radiografias intermediárias incluídas na execução do procedimento.	7,17	R\$ 129,06
	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\$ 160,02
	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\$ 37,62
	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\$ 188,64
	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\$ 188,64
	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\$ 188,64
	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\$ 331,92
	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\$ 239,04
	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, evidênciação de placa e aplicação tópica de flúor. Para pacientes menores de 12 anos de idade.	1,54	R\$ 27,72
	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\$ 43,56
	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\$ 34,20

	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
Odontopediatria											
> Odont. Pacientes Especiais	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais										
	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
	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\$ 41,40
Odont. Pacientes Especiais											
> Periodontia	Periodontia										
	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
	82000921	GENGIVECTOMIA	N	S	N	N	HASD, HAID, HASE, HAIE	12 MESES	Procedimento inclui incisão, reposicionamento de tecidos moles e eventuais curativos pós-cirúrgicos. Este código poderá ser solicitado também para o procedimento de gengivoplastia. Autorização mediante envio de parecer clínico ou hipótese de diagnóstico que justifique solicitação.	9,09	R\$ 163,62
	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, evidênciação 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\$ 49,86
	00014385	PERIODONTIA MÓDULO 3 (LIMPEZA DENTÁRIA/RASPAGEM PROFUNDA)	N	N	N	N	HASD, HAID, HASE, HAIE	6 MESES	Procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgingival, raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidênciação de placa e aplicação tópica de flúor. Necessário enviar ao menos 1 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 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 2 (Limpeza dentária/raspagem).	4,87	R\$ 87,66
	82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	S	N	S	N	DENTE	EVENTO ÚNICO	Procedimento inclui osteotomias, curativos pós-cirúrgicos, incisão e reposicionamentos de tecidos moles. O controle radiológico faz parte da técnica odontológica. Radiografia inicial deverá evidenciar necessidade de realização do procedimento. Procedimento exclusivo para profissionais habilitados em Periodontia. Procedimento autoexcludente do 14397: gengivectomia por elemento.	9,01	R\$ 162,18
	82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	S	S	S	N	HASD, HAID, HASE, HAIE	12 MESES	Procedimento inclui curetagem de bolsa periodontal, alisamento radicular, raspagem subgingival, raspagem supragengival, profilaxia, adequação do meio, atividade educativa, evidênciação 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\$ 206,28
	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\$ 199,44
	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\$ 97,20
	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\$ 48,60
Periodontia											
> Prótese	Prótese										
	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$

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	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.	9,76	R\$ 175,68
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.	10	R\$ 180,00
85400092	COROA TOTAL ACRÍLICA PRENSADA	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\$ 324,00
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\$ 1.199,16
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\$ 738,00
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\$ 1.145,34
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\$ 690,12
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\$ 690,12
85400181	FACETA EM CERÂMICA PURA	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Preparo dentário vestibular. Procedimento indicado somente para dentes anteriores. Imagem inicial deverá ser uma fotografia demonstrando a necessidade de tratamento estético. Imagem radiográfica final compatível com porcelana.	65,8	R\$ 1.184,40
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\$ 151,20
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\$ 516,60
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\$ 688,32
85400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALOPLÁSTICA	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\$ 483,12
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\$ 738,00
85400335	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALOCERÂMICA	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Imagem radiográfica final compatível com metal e porcelana.	63,63	R\$ 1.145,34
85400343	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALOPLÁSTICA	S	N	S	S	DENTE	60 MESES	Imagem radiográfica final compatível com metal e resina.	38,34	R\$ 690,12
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\$ 216,00
85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	S	N	S	N	AS, AI	60 MESES	Imagem radiográfica inicial deverá possibilitar a visualização de todos os dentes pilares envolvidos e estruturas adjacentes.	92,61	R\$ 1.666,98
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\$ 462,60
85400408	PRÓTESE TOTAL	N	N	N	N	AS, AI	60 MESES	Procedimento autorizado para casos de edentulismo total.	70	R\$ 1.260,00
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\$ 604,80
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\$ 167,76
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\$ 1.044,00
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\$ 504,00
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\$ 504,00

	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
Prótese											
>	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 indicação do procedimento.	12	R\$ 216,00
	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM 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 indicação do procedimento.	12	R\$ 216,00
	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\$ 738,00
	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\$ 513,00
	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\$ 252,00
	85400262	PINO PRÉ-FABRICADO	S	N	S	S	POR DENTE	60 MESES	Procedimento inclui remoção parcial de material obturador radicular.	5,8	R\$ 104,40
	85400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	S	N	S	S	POR DENTE	60 MESES	Procedimento não autorizado para dentes que apresentam grande destruição coronária que contraindiquem preparos parciais. Imagem radiográfica final compatível com metal.	28,5	R\$ 513,00
	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\$ 152,10
	Prótese do ROL										
>	DTM e DOR Orofacial	DTM e DOR Orofacial									
	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
	82001197	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM)	N	S	N	N	ASAI	12 MESES	Autorização mediante envio de parecer clínico que justifique solicitação.	3	R\$ 54,00
	85400246	ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	N	S	N	N	ASAI	12 MESES	Proteção dos dentes do desgaste ocasionado pelo bruxismo, promovendo também o relaxamento da tensão articular. Autorização mediante envio de parecer clínico que justifique solicitação. Apenas para maiores de 15 anos. Consultas para ajuste da placa estão incluídas no valor do procedimento.	16,85	R\$ 303,30
	DTM e DOR Orofacial										
>	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 ORTODÔNTICO – APARELHO FIXO	N	N	N	N	ASAI	MENSAL	Retornos mensais para verificação da adaptação e andamento do tratamento.	12,42	R\$ 161,46
	86000365	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO ORTOPÉDICO	N	N	N	N	ASAI	MENSAL	Retornos mensais para verificação da adaptação e andamento do tratamento.	12,42	R\$ 161,46
	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\$ 31,46
	86000373	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO REMOVÍVEL	N	N	N	N	ASAI	MENSAL	Retornos mensais para verificação da adaptação e andamento do tratamento.	12,42	R\$ 161,46
	Ortodontia e Ortopedia										
>	Radiologia e Imaginologia	Radiologia e Imaginologia									
	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
	00012152	RADIOGRAFIA PERIAPICAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	N	N	S	N	RCID, RCIE, RCSD, RCSE, RII, RIS, RMID, RMIE, RMSD, RMSE, RPID, RPIE, RPSD, RPSE	12 MESES	Radiografia(s) centralizada(s), angulação, nitidez e revelação adequadas. Para pagamento, é necessário anexar a imagem radiográfica no campo "Imagem inicial" e o receituário digitalizado com o pedido do exame do cirurgião-dentista solicitante (receituário timbrado e original) no campo "Justificativa".	1	R\$ 18,00

	CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
	00012164	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	N	N	S	N	RMD, RME, RPE, RPD	12 MESES	Radiografia(s) centralizada(s), angulação, nitidez e revelação adequadas. Para pagamento, é necessário anexar a imagem radiográfica no campo “Imagem inicial” e o receituário digitalizado com o pedido do exame do cirurgião-dentista solicitante (receituário timbrado e original) no campo “Justificativa”.	1	R\$ 18,00
	00012176	RADIOGRAFIA OCLUSAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	N	N	S	N	ASAI	12 MESES	Radiografia(s) centralizada(s), angulação, nitidez e revelação adequadas. Para pagamento, é necessário anexar a imagem radiográfica no campo “Imagem inicial” e o receituário digitalizado com o pedido do exame do cirurgião-dentista solicitante (receituário timbrado e original) no campo “Justificativa”.	1,8	R\$ 32,40
	00012069	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA SIMPLES	N	N	S	N	ASAI	24 MESES	Procedimento inclui radiografia panorâmica, 1 telerradiografia com traçado, modelo de estudo, caixa para modelos e pasta para documentação. Para pagamento, é necessário anexar a radiografia panorâmica no campo “Imagem inicial” e o receituário digitalizado com o pedido do exame do cirurgião-dentista solicitante (receituário timbrado e original) no campo “Justificativa”.	12,2	R\$ 219,60
	00012103	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA	N	N	S	N	ASAI	24 MESES	O procedimento inclui radiografia panorâmica, 5 fotos, 2 radiografias periapicais, 2 radiografias bite-wing, 1 telerradiografia com traçado e modelo de estudo. Para pagamento, é necessário anexar a radiografia panorâmica no campo “Imagem inicial” e o receituário digitalizado com o pedido do exame do cirurgião-dentista solicitante (receituário timbrado e original) no campo “Justificativa.”	13,82	R\$ 248,76
	00012341	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA	N	N	S	N	ASAI	24 MESES	O procedimento inclui radiografia panorâmica, 1 telerradiografia com traçado, 1 traçado adicional, modelo de estudo, 2 radiografias periapicais, 4 fotos*, caixa para modelos, pasta para documentação e doc. mídia digital. Para pagamento, é necessário anexar a radiografia panorâmica no campo “Imagem inicial” e o receituário digitalizado com o pedido do exame do cirurgião-dentista solicitante (receituário timbrado e original) no campo “Justificativa”.	15,02	R\$ 270,36
	00012353	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA ESPECIAL	N	N	S	N	ASAI	24 MESES	O procedimento inclui radiografia panorâmica, 1 telerradiografia com traçado, 1 traçado adicional, modelo de estudo, 2 radiografias periapicais, 2 fotos*, caixa para modelos e pasta para documentação. Para pagamento, é necessário anexar a radiografia panorâmica no campo “Imagem inicial” e o receituário digitalizado com o pedido do exame do cirurgião-dentista solicitante (receituário timbrado e original) no campo “Justificativa”.	14,34	R\$ 258,12
	81000278	FOTOGRAFIA	N	N	S	N	ASAI	12 MESES	Para pagamento, é necessário anexar a imagem fotográfica no campo “Imagem inicial” e o receituário digitalizado com o pedido do exame do cirurgião-dentista solicitante (receituário timbrado e original) no campo “Justificativa”.	1,12	R\$ 20,16
	81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	N	N	S	N	ASAI	24 MESES	Inclui 14 radiografias periapicais. Para pagamento, é necessário anexar a imagem radiográfica no campo “Imagem inicial” e o receituário digitalizado com o pedido do exame do cirurgião-dentista solicitante (receituário timbrado e original) no campo “Justificativa”.	8,5	R\$ 153,00
	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA)	N	N	S	N	ASAI	12 MESES	Inclui o laudo da panorâmica. Para pagamento, é necessário anexar a imagem radiográfica no campo “Imagem inicial” e o receituário digitalizado com o pedido do exame do cirurgião-dentista solicitante (receituário timbrado e original) no campo “Justificativa”.	4	R\$ 72,00
Radiologia e Imagiologia											

>

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 adequadament e 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 adequadament e instalado	Radiografia periapical final	Ausência de imagem radiolúcida entre o implante e a coroa protética	60 MESES	12	R\$ 92,40
	85500038	Coroa total metalcerâmica sobre implante	DENTE	Radiografia periapical inicial	Inclui componentes protéticos. Implante adequadament e 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 adequadament e instalado	Radiografia periapical final	Ausência de imagem radiolúcida entre o implante e a coroa protética	60 MESES	90,91	R\$ 700,01

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

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

		CÓD.	DESCRIÇÃO PROCEDIMENTO	IMAGEM AUT.	LAUDO AUT.	IMAGEM I CONTA	IMAGEM F CONTA	REGIÃO	PERIODICIDADE	REGRAS TÉCNICAS	USO	VALOR EM R\$
Implante		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												
		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	N	S	N	N	ASAÍ	24 MESES	Considerar como laudo para pré-análise o Termo de Orientação, assinado pelo beneficiário com descrição da escala atual de cor, orientações e cuidados necessários durante o clareamento. Procedimento inclui moldeira (placa de acetato para clareamento), gel clareador, consultas de acompanhamento e orientações.	34,13	R\$ 614,34
Odontologia Estética												