

| Atividade       | Valor (R\$) |
|-----------------|-------------|
| CLINICA         | 0,95        |
| CLAREAMENTO     | 0,95        |
| CLINICA GERAL   | 0,95        |
| DIAGNOSTICO     | 0,95        |
| ENDODONTIA      | 0,95        |
| ODONTOPEDIATRIA | 0,95        |
| ORTODONTIA      | 0,95        |
| PERIODONTIA     | 0,95        |
| PROTECAO        | 0,95        |
| PROTese         | 0,95        |
| RADIOLOGIA      | 0,95        |

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

| Especialidade | Código TUSS | Descrição do Procedimento  | Bronze e Bronze I | Bronze AD e AT I | Bronze IO | Bronze Integral I | Bronze Integral IO | Bronze Doc e Bronze Doc I | Bronze Integral Doc I | Bronze Integral Doc IO | Bronze Plus e Bronze Plus I | Prata, Prata I e Prata AD | Prata IO e Prata IO CD&AS | Prata PLUS | Ouro Prata e Ouro AD | Ouro, Ouro I e Ouro AD | Ouro IO e Ouro IO CD&AS | Ouro Premium e Ouro Premium IO CD&AS | UPO    | Valor em Reais | Região | Rx Inicial | Rx Final | Foto Inicial | Foto Final | Documentação Complementar  | Regras Técnicas  | Periodicidade |
|---------------|-------------|--|-------------------|------------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|----------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|--------|----------------|--------|------------|----------|--------------|------------|--|--|---------------|
| DIAGNÓSTICO   | 81000030    | CONSULTA ODONTOLÓGICA  | ●                 |                  |           | ●                 |                    |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                    | 26,98  | R\$ 25,62      | ASAÍ   |            |          |              |            |  | Procedimento único no dia  | 6 meses       |
| DIAGNÓSTICO   | 81000057    | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 HRS:<br>Colagem de fragmentos;<br>Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;<br>Coroa provisória sem pino;<br>Exodontia de dente decíduo;<br>Exodontia de raiz residual;<br>Exodontia simples de permanente;<br>Imobilização dentária em dentes permanentes;<br>Incisão e drenagem intra ou extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;<br>Remoção de dreno intra e extra-oral;<br>Redução simples de luxação de ATM;<br>Pulpotomia;<br>Recomendação de trabalho protético;<br>Reimplante dentário com contenção;<br>Restauração em resina fotopolimerizável em dentes anteriores;<br>Restauração temporária/tratamento expectante;<br>Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial;<br>Tratamento de abscesso periodontal agudo;<br>Tratamento de alveolite;<br>Tratamento de pericoronarite. | ●                 |                  |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                    |        | R\$ 0,00       | ASAÍ   | ●          | ●        |              | ●          | 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:<br>Colagem de fragmentos;<br>Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático;<br>Imobilização dentária em dentes permanentes;<br>Incisão e drenagem intra ou extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial;<br>Remoção de dreno intra e extra-oral;<br>Pulpotomia;<br>Recomendação de trabalho protético;<br>Reimplante dentário com contenção;<br>Restauração temporária/tratamento expectante;<br>Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial;<br>Tratamento de abscesso periodontal agudo;<br>Tratamento de alveolite;<br>Tratamento de pericoronarite.   | ●                 |                  |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                    | 34,91  | R\$ 33,16      | ASAÍ   | ●          | ●        |              | ●          | 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  | ●                 |                  |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                    | 59,67  | R\$ 56,69      | ASAÍ   | ●          |          |              |            |  | 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  | ●                 |                  |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                    | 70,43  | R\$ 66,91      | ASAÍ   |            |          |              |            | ●  | 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  | ●                 |                  |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                    | 70,43  | R\$ 66,91      | ASAÍ   |            |          |              |            | ●  | Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.   |               |
| DIAGNÓSTICO   | 81000154    | DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM PEÇA CIRURGICA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL   | ●                 |                  |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                    | 70,43  | R\$ 66,91      | ASAÍ   |            |          |              |            | ●  | 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   | ●                 |                  |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                    | 70,43  | R\$ 66,91      | ASAÍ   |            |          |              |            | ●  | Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.   |               |
| DIAGNÓSTICO   | 84000228    | TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA   |                   |                  |           | ●                 |                    |                           | ●                     | ●                      |                             |                           | ●                         |            |                      |                        | ●                       | ●                                    | 13,05  | R\$ 12,40      | ASAÍ   |            |          |              |            | ●  | 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   | ●                 |                  |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                    | 13,05  | R\$ 12,40      | ASAÍ   |            |          |              |            | ●  | 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  | ●                 |                  |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                    | 13,05  | R\$ 12,40      | ASAÍ   |            |          |              |            | ●  | 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    | DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA SIMPLES (5 fotos, Rx panorâmica, Telerradiografia com 2 traçados, Modelos ortodônticos)   |                   |                  |           |                   |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          |                      | ●                      | ●                       | ●                                    | 186,05 | 0,00           | ASAÍ   | ●          |          |              |            | ●  | 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    | DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais de pré-molares e molares, 2 fotos extra-orais e 3 fotos intra-buciais, modelos, caixa para modelos e pasta)  |                   |                  |           | ●                 |                    |                           | ●                     | ●                      |                             |                           | ●                         |            |                      |                        | ●                       | ●                                    | 255,10 | 0,00           | ASAÍ   | ●          |          |              |            | ●  | 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  |                   |                  |           | ●                 |                    |                           | ●                     | ●                      |                             |                           | ●                         |            |                      |                        | ●                       | ●                                    | 13,60  | 0,00           | ASAÍ   |            |          | ●            |            | ●  | 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 RADIODONTICO)   | ●                 |                  |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                    | 156,98 | 0,00           | ASAÍ   | ●          |          |              |            | ●  | 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  |                   |                  |           | ●                 |                    |                           | ●                     | ●                      |                             |                           | ●                         |            |                      |                        | ●                       | ●                                    | 68,00  | 0,00           |        |            |          | ●            |            | ●  | 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      |

| Procedimento    | Valor unitário |
|-----------------|----------------|
| CIRURGIA        | 0,95           |
| CLAREAMENTO     | 0,95           |
| CLÍNICA GERAL   | 0,95           |
| DIAGNÓSTICO     | 0,95           |
| ENDODONTIA      | 0,95           |
| ODONTOPEDIATRIA | 0,95           |
| ORTODONTIA      | 0,95           |
| PERIODONTIA     | 0,95           |
| PREVENÇÃO       | 0,95           |
| PROTÉTICA       | 0,95           |
| RADIOLOGIA      | 0,95           |

| Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO) |             |   |                   |                |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            |                         |                        |                         |   |        |                |        |            |          |              |            |                           |   |                                   |
|---|-------------|---|-------------------|----------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|---|--------|----------------|--------|------------|----------|--------------|------------|---------------------------|---|-----------------------------------|
| Especialidade                           | Código TUSS | Descrição do Procedimento                             | Bronze e Bronze I | Bronze AD e M1 | Bronze 10 | Bronze Integral I | Bronze Integral 10 | Bronze Doc e Bronze Doc I | Bronze Integral Doc I | Bronze Integral Doc 10 | Bronze Plus e Bronze Plus I | Prata, Prata I e Prata AD | Prata 10 e Prata 10 CDPAK | Prata PLUS | Ouro Prata e Ouro Prata | Ouro, Ouro I e Ouro AD | Ouro 10 e Ouro 10 CDPAK | Ouro Premium 10 e Ouro Premium 10 CDPAK | UPO    | Valor em Reais | Região | Re Inicial | Re Final | Foto Inicial | Foto Final | Documentação Complementar | Regras Técnicas   | Periodicidade                     |
| RADIOLOGIA                              | 90010374    | PACOTE PARA SLIDE                                     |                   |                |           | ●                 |                    |                           | ●                     |                        |                             |                           | ●                         |            |                         |                        | ●                       | ●                                       | 95,20  | 0,00           |        |            |          | ●            |            | ●                         | 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                   |                   |                |           | ●                 |                    |                           | ●                     |                        |                             |                           | ●                         | ●          |                         |                        | ●                       | ●                                       | 115,00 | 0,00           |        | ●          |          |              |            | ●                         | 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 Ortodntia.                  | 24 meses                          |
| RADIOLOGIA                              | 81000375    | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING                 | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 13,05  | 0,00           | 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                                   | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 27,90  | 0,00           | 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                    |                   |                |           | ●                 |                    |                           | ●                     |                        |                             |                           | ●                         |            |                         |                        | ●                       | ●                                       | 61,22  | 0,00           | ASAÍ   | ●          |          |              |            | ●                         | 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            | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 51,16  | 0,00           | ASAÍ   | ●          |          |              |            | ●                         | 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                                | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 13,05  | 0,00           | 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   |                   |                |           | ●                 |                    |                           | ●                     |                        |                             |                           | ●                         | ●          |                         |                        | ●                       | ●                                       | 97,96  | 0,00           | ASAÍ   | ●          |          |              |            | ●                         | 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 Ortodntia.                  | 24 meses                          |
| RADIOLOGIA                              | 81000456    | SLIDE   |                   |                |           | ●                 |                    |                           | ●                     |                        |                             |                           | ●                         |            |                         |                        | ●                       | ●                                       | 13,60  | 0,00           | ASAÍ   |            |          | ●            |            | ●                         | 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                   | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 39,15  | 0,00           | 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                                      |                   |                |           | ●                 |                    |                           | ●                     |                        | ●                           |                           | ●                         | ●          |                         |                        | ●                       | ●                                       | 75,00  | 0,00           | ASAÍ   | ●          |          |              |            | ●                         | 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 Ortodntia.                  | 24 meses                          |
| RADIOLOGIA                              | 81000480    | TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO                          |                   |                |           | ●                 |                    |                           | ●                     |                        | ●                           |                           | ●                         | ●          |                         |                        | ●                       | ●                                       | 96,00  | 0,00           | ASAÍ   | ●          |          |              |            | ●                         | 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 Ortodntia.                  | 24 meses                          |
| CIRURGIA                                | 82000034    | ALVEOLOPLASTIA  | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 92,77  | R\$ 88,13      | HA     | ●          | ●        |              |            |                           | Incluso na exodontia. O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | Procedimento Único                |
| CIRURGIA                                | 82000050    | AMPUTACAO RADICULAR COM OU SEM OBTURACAO RETROGRADA   | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 194,91 | R\$ 185,16     | 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                   | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 115,44 | R\$ 109,67     | 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 OBTURACAO RETROGRADA    | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 234,86 | R\$ 223,12     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | Procedimento Único                |
| CIRURGIA                                | 82000085    | APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA    | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 208,70 | R\$ 198,27     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | Procedimento Único                |
| CIRURGIA                                | 82000158    | APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 268,70 | R\$ 255,27     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | Procedimento Único                |
| CIRURGIA                                | 82000166    | APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 247,30 | R\$ 234,94     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | Procedimento Único                |
| CIRURGIA                                | 82000174    | APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGRADA   | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 194,91 | R\$ 185,16     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | Procedimento Único                |
| CIRURGIA                                | 82000182    | APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGRADA   | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 182,05 | R\$ 172,95     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | Procedimento Único                |
| CIRURGIA                                | 30202027    | BIÓPSIA DE BOCA                                       | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 80,09  | R\$ 76,09      | ASAÍ   |            |          | ●            |            | ●                         | 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                           | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 80,09  | R\$ 76,09      | ASAÍ   |            |          | ●            |            | ●                         | 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                                      | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                       | ●                      | ●                       | ●                                       | 80,09  | R\$ 76,09      | ASAÍ   |            |          | ●            |            | ●                         | 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                |

| Procedimento    | Valor Unit |
|-----------------|------------|
| CIRURGIA        | 0,95       |
| CLAREAMENTO     | 0,95       |
| CLÍNICA GERAL   | 0,95       |
| DIAGNÓSTICO     | 0,95       |
| ENDODONTIA      | 0,95       |
| ODONTOPEDIATRIA | 0,95       |
| ODONTOMIA       | 0,95       |
| PERIODONTIA     | 0,95       |
| PREVENÇÃO       | 0,95       |
| PROTÉTICA       | 0,95       |
| RADIOLOGIA      |            |

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

| Especialidade | Código TUSS | Descrição do Procedimento  | Bronze e Bronze I | Bronze AD e Bronze I | Bronze IO | Bronze Integral I | Bronze Integral IO | Bronze Doc e Bronze Doc I | Bronze Integral Doc I | Bronze Integral Doc IO | Bronze Plus e Bronze Plus I | Prata, Prata I e Prata AD | Prata IO e Prata IO CDPAK | Prata PLUS | Duro Prata e Duro Prata I | Duro, Duro I e Duro AD | Duro IO e Duro IO CDPAK | Duro Premium IO e Duro Premium IO CDPAK | UPO    | Valor em Reais | Região | Re Inicial | Re Final | Foto Inicial | Foto Final | Documentação Complementar | Regras Técnicas  | Periodicidade      |
|---------------|-------------|--|-------------------|----------------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------------------|-------------------------|---|--------|----------------|--------|------------|----------|--------------|------------|---------------------------|--|--------------------|
| CIRURGIA      | 30201031    | BIÓPSIA DE LÍNGUA  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 80,09  | R\$ 76,09      | 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    | BIÓPSIA DE MANDÍBULA   | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 80,09  | R\$ 76,09      | 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    | BIÓPSIA DE MAXILA  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 80,09  | R\$ 76,09      | 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 ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENKERTO  |                   |                      |           | ●                 |                    |                           | ●                     |                        |                             |                           | ●                         |            |                           |                        | ●                       | ●                                       | 408,00 | R\$ 387,60     | 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   |                   |                      |           | ●                 |                    |                           | ●                     |                        |                             |                           | ●                         |            |                           |                        | ●                       | ●                                       | 47,62  | R\$ 45,24      | 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   | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 171,14 | R\$ 162,58     | 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  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 96,23  | R\$ 91,42      | 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   | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 126,49 | R\$ 120,17     | A      | ●          | ●        |              |            |                           | Necessário anexar em sistema radiografias oclusais. Remunerado somente para finalidade protética. O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | Procedimento Único |
| CIRURGIA      | 82000786    | EXÊRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS   | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 122,42 | R\$ 116,30     | 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    | EXÊRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE   | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 100,86 | R\$ 96,82      | 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    | EXÊRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA   | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 127,44 | R\$ 121,07     | 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  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 66,28  | R\$ 62,97      | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Inclui alveoloplastia e odonto-seção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | Procedimento Único |
| CIRURGIA      | 82000859    | EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL   | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 42,81  | R\$ 40,67      | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Inclui alveoloplastia e odonto-seção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | Procedimento Único |
| CIRURGIA      | 82000875    | EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 49,42  | R\$ 46,95      | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Inclui alveoloplastia e odonto-seção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | Procedimento Único |
| CIRURGIA      | 82000883    | FRENULECTOMIA LABIAL (Frenectomia labial)  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 81,40  | R\$ 77,33      | A      |            |          | ●            | ●          |                           | Inclui frenulotomia, troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós-operatórios. O valor da foto está incluso no procedimento.   | Procedimento Único |
| CIRURGIA      | 82000891    | FRENULECTOMIA LINGUAL (Frenectomia lingual)  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 114,60 | R\$ 108,87     | 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)  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 81,40  | R\$ 77,33      | A      |            |          | ●            | ●          |                           | Inclui frenulectomia, 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)  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 114,60 | R\$ 108,87     | A      |            |          | ●            | ●          |                           | Inclui frenulectomia, troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós-operatórios. O valor da foto está incluso no procedimento.  | Procedimento Único |
| CIRURGIA      | 82001073    | ODONTO-SECÇÃO  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 108,37 | R\$ 102,95     | 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 RASPAO EM LESÕES OU SITOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUÇO-MAXILO-FACIAL | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 80,09  | R\$ 76,09      | ASAI   |            |          | ●            |            | ●                         | Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-patológico. O valor da foto está incluso no procedimento.  | Procedimento Único |
| CIRURGIA      | 30201080    | RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENÍVULO-LABIAL  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 208,63 | R\$ 198,20     | A      |            |          | ●            | ●          | ●                         | 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      | 82001170    | REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 186,79 | R\$ 177,45     | 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  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 97,81  | R\$ 92,92      | 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  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 146,84 | R\$ 139,50     | ASAI   |            |          |              |            | ●                         | Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.   | Procedimento Único |
| CIRURGIA      | 82001286    | REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 204,74 | R\$ 194,50     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Inclui alveoloplastia e odonto-seção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | Procedimento Único |
| CIRURGIA      | 82001294    | REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS   | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 146,84 | R\$ 139,50     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Inclui alveoloplastia e odonto-seção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | Procedimento Único |
| CIRURGIA      | 82001367    | REMOÇÃO DE ODONTOMA  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 139,58 | R\$ 132,60     | S      | ●          | ●        |              |            | ●                         | Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-patológico. O valor da foto está incluso no procedimento.  | Procedimento Único |
| CIRURGIA      | 82001413    | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BUÇO-MAXILO-FACIAL                              |                   |                      |           | ●                 |                    |                           | ●                     |                        |                             |                           | ●                         |            |                           |                        | ●                       | ●                                       | 179,59 | R\$ 170,61     | 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    | SEPLULTAMENTO RADICULAR  | ●                 |                      |           | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 291,05 | R\$ 276,50     | 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 |

| Procedimento    | Valor Unit |
|-----------------|------------|
| CIRURGIA        | 0,95       |
| CLAREAMENTO     | 0,95       |
| CLÍNICA GERAL   | 0,95       |
| DIAGNÓSTICO     | 0,95       |
| ENDODONTIA      | 0,95       |
| ODONTOPEDIATRIA | 0,95       |
| ORTODONTIA      | 0,95       |
| PERIODONTIA     | 0,95       |
| PREVENÇÃO       | 0,95       |
| PROTÉTICA       | 0,95       |
| RADIOLOGIA      |            |

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

| Especialidade | Código TUSS | Descrição do Procedimento                                     | Bronze e Bronze I | Bronze AD e MT | Bronze IO | Bronze Integral I | Bronze Integral IO | Bronze Doc e Bronze Doc I | Bronze Integral Doc I | Bronze Integral Doc IO | Bronze Plus e Bronze Plus I | Prata, Prata I e Prata AD | Prata IO e Prata IO CDPAK | Prata PLUS | Ouro Prata e Ouro AD | Ouro, Ouro e Ouro AD | Ouro IO e Ouro IO CDPAK | Ouro Prata IO e Ouro IO CDPAK | UPO     | Valor em Reais | Região | Re Inicial | Re Final | Foto Inicial | Foto Final | Documentação Complementar | Regras Técnicas  | Periodicidade      |
|---------------|-------------|---|-------------------|----------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|----------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------|---------|----------------|--------|------------|----------|--------------|------------|---------------------------|--|--------------------|
| CIRURGIA      | 82001499    | SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                 |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 97,81   | R\$ 92,92      | ASAÍ   |            |          | ●            | ●          | ●                         | 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            |                   |                |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 241,40  | R\$ 229,33     | 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 CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL  |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 102,23  | R\$ 97,12      | 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      |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 122,42  | R\$ 116,30     | A      |            |          | ●            | ●          | ●                         | Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-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 OSSEOS/CART BUCO-MAXILO-FACIAL   |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 122,42  | R\$ 116,30     | A      | ●          | ●        |              |            | ●                         | Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-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           |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 122,42  | R\$ 116,30     | A      | ●          | ●        |              |            | ●                         | Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anátomo-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 |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 122,42  | R\$ 116,30     | 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)                   |                   |                |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●                    |                      | ●                       | ●                             | 1050,30 | R\$ 997,79     | ASAÍ   |            |          | ●            | ●          |                           | 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.  | 24 meses           |
| CLAREAMENTO   | 85100072    | PLACA DE ACETATO - CLAREAMENTO CASEIRO                        |                   |                |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           | ●          | ●                    |                      | ●                       | ●                             | 205,00  | R\$ 194,75     | ASAÍ   |            |          | ●            |            |                           | 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 |
| CLAREAMENTO   | 90851005    | PACOTE CLAREAMENTO CASEIRO                                    |                   |                |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            |                      |                      | ●                       | ●                             | 918,37  | R\$ 872,45     | ASAÍ   |            |          | ●            | ●          |                           | Procedimento composto pela placa para o clareamento e o gel clareador. Necessário envio de foto inicial e final da boca do paciente, e fotos das placas superior e inferior posicionadas. O valor das fotos está incluso no procedimento.  | 24 meses           |
| CLÍNICA GERAL | 85100064    | FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL                     |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 56,21   | R\$ 53,40      | D      |            |          | ●            | ●          |                           | Autorizado somente nos dentes anteriores. Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, foramento, ajuste oclusal e polimento. O valor da radiografia/foto está incluso no procedimento.  | 24 meses           |
| CLÍNICA GERAL | 85100080    | RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE                   |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 37,26   | R\$ 35,40      | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, foramento, 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                              |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 34,91   | R\$ 33,16      | D      |            |          |              |            |                           | Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, foramento, ajuste oclusal e polimento. <b>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.</b>   | 24 meses           |
| CLÍNICA GERAL | 85100102    | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 2 FACES                             |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 45,77   | R\$ 43,48      | D      |            |          |              |            |                           | Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, foramento, ajuste oclusal e polimento. <b>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.</b>   | 24 meses           |
| CLÍNICA GERAL | 85100110    | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 3 FACES                             |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 52,42   | R\$ 49,80      | D      |            |          |              |            |                           | Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, foramento, ajuste oclusal e polimento. <b>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.</b>   | 24 meses           |
| CLÍNICA GERAL | 85100129    | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 4 FACES                             |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 52,42   | R\$ 49,80      | D      |            |          |              |            |                           | Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, foramento, ajuste oclusal e polimento. <b>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.</b>  | 24 meses           |
| CLÍNICA GERAL | 85100196    | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE                |                   | ●              |           | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                    | ●                       | ●                             | 49,19   | R\$ 46,73      | D      |            |          |              |            |                           | Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, foramento, ajuste oclusal e polimento. Não remunerado exclusivamente por finalidade estética. <b>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.</b> | 24 meses           |

| Atividade    | Valor (R\$) |
|--------------|-------------|
| CLASSE I     | 0,95        |
| CLASSE II    | 0,95        |
| CLASSE III   | 0,95        |
| CLASSE IV    | 0,95        |
| CLASSE V     | 0,95        |
| CLASSE VI    | 0,95        |
| CLASSE VII   | 0,95        |
| CLASSE VIII  | 0,95        |
| CLASSE IX    | 0,95        |
| CLASSE X     | 0,95        |
| CLASSE XI    | 0,95        |
| CLASSE XII   | 0,95        |
| CLASSE XIII  | 0,95        |
| CLASSE XIV   | 0,95        |
| CLASSE XV    | 0,95        |
| CLASSE XVI   | 0,95        |
| CLASSE XVII  | 0,95        |
| CLASSE XVIII | 0,95        |
| CLASSE XIX   | 0,95        |
| CLASSE XX    | 0,95        |

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

| Especialidade   | Código TUSS | Descrição do Procedimento  | Bronze e Bronze I | Bronze AD e Bronze I | Bronze 10 | Bronze Integral I | Bronze Integral 10 | Bronze Doc e Bronze Doc I | Bronze Integral Doc I | Bronze Integral Doc 10 | Bronze Plus e Bronze Plus I | Prata, Prata I e Prata AD | Prata 10 e Prata 10 CDPAK | Prata PLUS | Duro Prata e Duro AD | Duro, Duro I e Duro AD | Duro 10 e Duro 10 CDPAK | Duro Premium 10 e Duro Premium 10 CDPAK | UPO    | Valor em Reais | Região | Re Inicial | Re Final | Foto Inicial | Foto Final | Documentação Complementar | Regras Técnicas   | Periodicidade      |
|-----------------|-------------|--|-------------------|----------------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|----------------------|------------------------|-------------------------|---|--------|----------------|--------|------------|----------|--------------|------------|---------------------------|---|--------------------|
| CLÍNICA GERAL   | 85100200    | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES                        | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 53,09  | R\$ 50,44      | 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. <b>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.</b> | 24 meses           |
| CLÍNICA GERAL   | 85100218    | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES                        | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 56,21  | R\$ 53,40      | 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. <b>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.</b> | 24 meses           |
| CLÍNICA GERAL   | 85100226    | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES                        | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 56,21  | R\$ 53,40      | 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. <b>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.</b> | 24 meses           |
| ENDODONTIA      | 85200018    | CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO                                     |                   |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 80,74  | R\$ 76,70      | 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                                      | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 43,28  | R\$ 41,12      | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Não remunerado quando houver indicação de exodontia. O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | Procedimento Único |
| ENDODONTIA      | 85200093    | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR                                  | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 286,51 | R\$ 272,18     | 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                               | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 388,09 | R\$ 368,69     | 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                                 | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 195,35 | R\$ 185,58     | 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                                   | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 102,56 | R\$ 97,43      | 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              | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 57,60  | R\$ 54,72      | 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                                    | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 211,63 | R\$ 201,05     | 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                                 | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 302,14 | R\$ 287,03     | 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                                   | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 148,47 | R\$ 141,05     | 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  | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 19,56  | R\$ 18,58      | ASAI   |            |          | ●            |            |                           | Autorizado somente para dentes deciduos; não remunerado simultaneamente com aplicação de selante, procedimento restaurador ou endodôntico. O valor da foto está incluso no procedimento.  | Procedimento Único |
| ODONTOPEDIATRIA | 90030038    | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR  | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 44,33  | R\$ 42,11      | ASAI   |            |          |              |            |                           | Inclui Profilaxia + Aplicação de verniz fluorado + Orientação de higiene + Educação de placa + Desseminarização. Procedimento autorizado somente para pacientes menores de 15 anos.   | 6 meses            |
| ODONTOPEDIATRIA | 85100013    | CAPEAMENTO PULPAR DIRETO - EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL                 | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 16,26  | R\$ 15,45      | 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   | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 30,91  | R\$ 29,36      | 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  | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 95,72  | R\$ 90,93      | 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                                | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 95,72  | R\$ 90,93      | 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   | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 45,58  | R\$ 43,30      | D      |            |          | ●            |            |                           | Inclui alveoplastia e odonto-seção. O valor da foto está incluso no procedimento.   | Procedimento Único |
| ODONTOPEDIATRIA | 83000097    | MANTENEDOR DE ESPAÇO (FIXO OU MOVEL) SEM COBRANÇA DE MANUTENÇÃO MENSAL |                   |                      |           | ●                 |                    |                           |                       |                        |                             | ●                         |                           |            |                      |                        | ●                       | ●                                       | 148,02 | R\$ 140,62     | A      |            |          |              | ●          | ●                         | Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.  | Procedimento Único |
| ODONTOPEDIATRIA | 83000127    | PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO  | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 57,33  | R\$ 54,46      | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Não remunerado simultaneamente com tratamento endodôntico. O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | Procedimento Único |
| ODONTOPEDIATRIA | 83000135    | RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE DECIDUO                               | ●                 |                      |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                    | ●                      | ●                       | ●                                       | 37,26  | R\$ 35,40      | 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           |

### Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

| Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO) |             |  |                   |                |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                          |                           |            |                       |                      |                         |                                    |         |                |        |            |          |              |            |                           |   |                    |
|---|-------------|--|-------------------|----------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|------------------------------------|---------|----------------|--------|------------|----------|--------------|------------|---------------------------|---|--------------------|
| Especialidade                           | Código TUSS | Descrição do Procedimento  | Bronze 4 Bronze I | Bronze AD e M1 | Bronze 10 | Bronze Integral I | Bronze Integral 10 | Bronze Doc e Bronze Doc I | Bronze Integral Doc I | Bronze Integral Doc 10 | Bronze Plus e Bronze Plus I | Prata Prata I e Prata AD | Prata 10 e Prata 10 COPAR | Prata PLUS | Ouro Ouro e Ouro Plus | Ouro, Ouro e Ouro AD | Ouro 10 e Ouro 10 COPAR | Ouro Premium 10 e Ouro em 10 COPAR | UPO     | Valor em Reais | Região | Rx Inicial | Rx Final | Foto Inicial | Foto Final | Requerimento Complementar | Regras Técnicas   | Periodicidade      |
| ODONTOPEDIATRIA                         | 85100137    | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE  | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                        |                           | ●          | ●                     | ●                    | ●                       | ●                                  | 37,26   | R\$ 35,40      | D      |            |          |              |            |                           | Autorizado somente para dentes deciduais; 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   | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                        |                           | ●          | ●                     | ●                    | ●                       | ●                                  | 37,26   | R\$ 35,40      | D      |            |          |              |            |                           | Autorizado somente para dentes deciduais; 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   | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                        |                           | ●          | ●                     | ●                    | ●                       | ●                                  | 37,26   | R\$ 35,40      | D      |            |          |              |            |                           | Autorizado somente para dentes deciduais; 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   | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                        |                           | ●          | ●                     | ●                    | ●                       | ●                                  | 37,26   | R\$ 35,40      | D      |            |          |              |            |                           | Autorizado somente para dentes deciduais; 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  | ●                 |                |           | ●                 |                    | ●                         | ●                     | ●                      | ●                           | ●                        |                           | ●          | ●                     | ●                    | ●                       | ●                                  | 82,28   | R\$ 78,17      | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Remunerado somente com o preenchimento total dos condutos. Não remunerado para dentes em processo de erupção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | Procedimento Único |
| ORTODONTIA                              |             | APARELHO FIXO/REMOVÍVEL:<br>Aparelho de Klammt;<br>Aparelho de Thurov;<br>Aparelhos estéticos (alinhador estético removível, autoligáveis, contenção estética, porcelana, safira, aparelho lingual);<br>Aparelho ortodôntico remov. com alças Bionator invertida ou de Escheler;<br>APM - Aparelho de Protração Mandibular;<br>Bionator de Balzers;<br>Blocos geminados de Clark - Twinblock;<br>Herbst encapsulado;<br>Máscara facial - Delaire e tração reversa;<br>Mini implante ortodôntico;<br>Modelador elástico de Birmler;<br>Monobloco;<br>Pistas diretas de Planas - superior e inferior;<br>Pistas indiretas de Planas;<br>Placa dupla de Sanders;<br>Regulador de tensão de Frankel;<br>Símbios Network; Splitter.   | N.C.              |                |           | N.C.              |                    | N.C.                      | N.C.                  | N.C.                   | N.C.                        | N.C.                     | N.C.                      | N.C.       | N.C.                  |                      | N.C.                    | N.C.                               | #VALOR! |                |        |            |          |              |            |                           | Aparelhos sem cobertura   |                    |
| ORTODONTIA                              |             | APARELHO FIXO/REMOVÍVEL:<br>Aparelho extra-bucal;<br>Aparelho ortodôntico fixo metálico (total ou parcial);<br>Arco lingual;<br>Barra transpalatina (fixa ou removível);<br>Botão de Nance;<br>Contenção fixa - por arcada;<br>Disjuntor de HASS;<br>Disjuntor palatino (Hyrax e Macnamara);<br>Distalizador com moia minio; Distalizador de Hülgers;<br>Distalizador Distal Jet; Distalizador Pêndulo/Pendex;<br>Distalizador tipo Jones Jig;<br>Guinelly; Grade palatina (fixa ou removível); Mentoneira;<br>Placa de distalização de molares;<br>Placa de Hawley (com ou sem tornio expansor);<br>Placa de mordida ortodôntica;<br>Placa de verticalização de carínios;<br>Placa encapsulada de Maurico;<br>Placa lábio alívio; Placa oclusal resiliante;<br>Plano anterior fixo; Plano inclinado;<br>Platô, Quadrilhelico;<br>Recuperador de espaço. | B.A.              |                |           | B.A.              |                    | B.A.                      | B.A.                  | B.A.                   | ●                           | ●                        | ●                         | B.A.       | ●                     | ●                    | ●                       | ●                                  | #VALOR! |                |        |            |          |              |            |                           | Benefício Adicional: consiste na realização do tratamento ortodôntico na rede referenciada da Porto Seguro sem custo da instalação do aparelho ortodôntico.<br><br>Para os planos que possuem cobertura, solicitar o tratamento ortodôntico pelo sistema conforme orientações no Manual do Prestador e Protocolos Técnicos.   |                    |
| ORTODONTIA                              | 90000064    | CONTENÇÃO ORTODONTICA  |                   |                |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           | ●                        | ●                         |            | ●                     | ●                    | ●                       | ●                                  | 162,79  | #VALOR!        | ASAÍ   |            |          |              |            |                           | Código liberado após análise da auditoria, de acordo com o planejamento.  | Mensal             |

| Procedimento    | Valor Unit |
|-----------------|------------|
| CIRURGIA        | 0,95       |
| CLAREAMENTO     | 0,95       |
| CLÍNICA GERAL   | 0,95       |
| DIAGNÓSTICO     | 0,95       |
| ENDODONTIA      | 0,95       |
| ODONTOPEDIATRIA | 0,95       |
| ORTODONTIA      | 0,95       |
| PERIODONTIA     | 0,95       |
| PREVENÇÃO       | 0,95       |
| PRÓTESE         | 0,95       |
| RADIOLOGIA      |            |

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

| Especialidade | Código TUSS | Descrição do Procedimento  | Bronze e Bronze I | Bronze AD e At I | Bronze 10 | Bronze Integral I | Bronze Integral 10 | Bronze Doc e Bronze Doc I | Bronze Integral Doc I | Bronze Integral Doc 10 | Bronze Plus e Bronze Plus I | Prata, Prata I e Prata AD | Prata 10 e Prata 10 CDPAK | Prata PLUS | Duro Protese | Duro, Duro I e Duro AD | Duro 10 e Duro 10 CDPAK | Duro Premium 10 e Duro Premium 10 CDPAK | UPO    | Valor em Reais | Região | Re Inicial | Re Final | Foto Inicial | Foto Final | Documentação Complementar | Regras Técnicas   | Periodicidade      |
|---------------|-------------|--|-------------------|------------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|--------------|------------------------|-------------------------|---|--------|----------------|--------|------------|----------|--------------|------------|---------------------------|---|--------------------|
| ORTODONTIA    | 81000189    | DIAGNOSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO                |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             | ●                         | ●                         | ●          |              | ●                      | ●                       | ●                                       | 26,98  | #VALOR!        | ASAI   | ●          |          |              |            |                           | Código utilizado na pré-autorização ou para início, prorrogação ou continuação de tratamento. Necessário preencher em sistema o planejamento ortodôntico e anexar: fotos intra bucais (frente, direito e esquerdo) - radiografia panorâmica - telerradiografia  | 24 meses           |
| ORTODONTIA    | 86000357    | MANUTENÇÃO ORTODÔNTICA   |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             | ●                         | ●                         | ●          |              | ●                      | ●                       | ●                                       | 162,79 | #VALOR!        | ASAI   |            |          |              |            |                           | Código liberado após análise da auditoria, de acordo com o planejamento.  | Mensal             |
| ORTODONTIA    | 90000048    | PRORROGAÇÃO ORTODONTICA  |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             | ●                         | ●                         | ●          |              | ●                      | ●                       | ●                                       | 162,79 | #VALOR!        | ASAI   |            |          |              |            |                           | Código liberado após análise da auditoria, de acordo com o planejamento.  | Mensal             |
| PERIODONTIA   | 82000212    | AUMENTO DE COROA CLÍNICA   |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 86,88  | R\$ 82,54      | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Inclui troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós-operatórios. Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | Procedimento Único |
| PERIODONTIA   | 90000412    | CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO   |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 107,30 | R\$ 101,94     | S      | ●          |          |              |            | ●                         | Inclui Profilaxia + Aplicação de flúor + Aplicação de verniz fluoretado + Orientação de higiene + Evidenciação de placa + Remoção de fatores de retenção de placa + Dessensibilização + Ajuste oclusal + Troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós-operatórios. Procedimento autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. Remunerado somente anexando em sistema o Períograma (modelo disponível no site). O valor da radiografia está incluso no procedimento. | 12 meses           |
| PERIODONTIA   | 82000557    | CUNHA PROXIMAL   |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 71,63  | R\$ 68,05      | D      | ●          |          |              |            |                           | Autorizado somente para segundos e terceiros molares. Inclui troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós-operatórios. Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | Procedimento Único |
| PERIODONTIA   | 90071079    | DESSENSIBILIZACAO DENTARIA   |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      |                             | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 20,65  | R\$ 19,62      | ASAI   |            |          | ●            |            | ●                         | Inclui 3 sessões. Inclui Profilaxia + Aplicação de flúor + Aplicação de verniz fluoretado. Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da foto está incluso no procedimento.   | 6 meses            |
| PERIODONTIA   | 82000646    | ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL  |                   |                  |           | ●                 |                    |                           |                       | ●                      |                             |                           | ●                         |            |              |                        | ●                       | ●                                       | 135,12 | R\$ 128,36     | S      |            |          | ●            | ●          |                           | 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.  | Procedimento Único |
| PERIODONTIA   | 82000662    | ENXERTO GENGIVAL LIVRE   |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 108,19 | R\$ 102,78     | S      |            |          | ●            | ●          |                           | 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.  | Procedimento Único |
| PERIODONTIA   | 82000689    | ENXERTO PEDIÇULADO   |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 102,07 | R\$ 96,97      | S      |            |          | ●            | ●          |                           | 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.  | Procedimento Único |
| PERIODONTIA   | 82000921    | GENGIVECTOMIA  |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 46,53  | R\$ 44,20      | 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   |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 46,53  | R\$ 44,20      | 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                            |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 71,63  | R\$ 68,05      | 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  |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 68,47  | R\$ 65,05      | A      | ●          |          |              |            | ●                         | Inclui Profilaxia + Aplicação de flúor + Aplicação de verniz fluoretado + Orientação de higiene + Evidenciação de placa + Remoção de fatores de retenção de placa + Dessensibilização + Ajuste oclusal. Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. Remunerado somente anexando em sistema o Períograma (modelo disponível no site). O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | 6 meses            |
| PERIODONTIA   | 90070064    | RASPAGEM SUPRA GENGIVAL  |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 39,98  | R\$ 37,98      | A      |            |          |              |            |                           | Inclui Profilaxia + Aplicação de flúor + Aplicação de verniz fluoretado + Orientação de higiene + Evidenciação de placa + Remoção de fatores de retenção de placa + Dessensibilização + Ajuste oclusal. Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. O valor da foto está incluso no procedimento.   | 6 meses            |
| PERIODONTIA   | 82001685    | TUNELIZAÇÃO  |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 108,19 | R\$ 102,78     | 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  |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 60,60  | R\$ 57,57      | D      | ●          |          |              |            |                           | Remunerado somente para dentes em fase de erupção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | 12 meses           |
| PERIODONTIA   | 82001715    | ULOTOMIA   |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 59,95  | R\$ 56,95      | 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                                |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 24,30  | R\$ 23,09      | 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                            |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 24,30  | R\$ 23,09      | 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                                       |                   |                  |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 33,21  | R\$ 31,55      | ASAI   |            |          |              |            |                           | Inclui Aplicação de flúor + Aplicação de verniz fluoretado + Orientação de higiene + Evidenciação de placa + Remoção de fatores de retenção de placa + Dessensibilização. Autorizado somente para pacientes menores de 15 anos.   | 6 meses            |
| PREVENÇÃO     | 84000201    | REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA   |                   | ●                |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 20,65  | R\$ 19,62      | A      |            |          |              |            |                           | Inclui 3 sessões. Autorizado somente para pacientes menores de 7 anos.  | 6 meses            |
| PREVENÇÃO     | 84000236    | TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA                                       |                   |                  |           | ●                 |                    |                           |                       | ●                      |                             |                           | ●                         |            |              |                        | ●                       | ●                                       | 11,90  | R\$ 11,31      | 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    | CONSRTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL (EM CONSULTORIO E EM LABORATÓRIO) |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           |            |              | ●                      | ●                       | ●                                       | 45,58  | R\$ 43,30      | 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           |

| Atividade       | Valor |
|-----------------|-------|
| ORÇUGIA         | 0,95  |
| CLAREAMENTO     | 0,95  |
| CLÍNICA GERAL   | 0,95  |
| DIAGNÓSTICO     | 0,95  |
| ENDODONTIA      | 0,95  |
| ODONTOPEDIATRIA | 0,95  |
| ORTODONTIA      | 0,95  |
| PERIODONTIA     | 0,95  |
| PREVENÇÃO       | 0,95  |
| PROTÉTICA       | 0,95  |
| RADIOLOGIA      |       |

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

| Especialidade | Código TUSS | Descrição do Procedimento   | Bronze e Bronze I | Bronze AD e AD I | Bronze IO | Bronze Integral I | Bronze Integral IO | Bronze Doc e Bronze Doc I | Bronze Integral Doc I | Bronze Integral Doc IO | Bronze Plus e Bronze Plus I | Prata, Prata I e Prata AD | Prata IO e Prata IO CDPAK | Prata PLUS | Duro Prata e Duro Prata I | Duro, Duro I e Duro AD | Duro IO e Duro IO CDPAK | Duro Premium IO e Duro Premium IO CDPAK | UPO     | Valor em Reais | Região | Re Inicial | Re Final | Foto Inicial | Foto Final | Documentação Complementar | Regras Técnicas   | Periodicidade |
|---------------|-------------|---|-------------------|------------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|---------------------------|------------------------|-------------------------|---|---------|----------------|--------|------------|----------|--------------|------------|---------------------------|---|---------------|
| PRÓTESE       | 85400041    | CONCERTO EM PROTESE PARCIAL REMOVIVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTORIO) |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           |            | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 45,58   | R\$ 43,30      | A      |            |          | ●            | ●          | ●                         | Inclui ajuste oclusal. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando o tipo de concerto. O valor da foto está incluso no procedimento.  | 12 meses      |
| PRÓTESE       | 85400050    | CONCERTO EM PROTESE TOTAL (EM CONSULTORIO E EM LABORATORIO)           |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           |            | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 45,58   | R\$ 43,30      | A      |            |          | ●            | ●          | ●                         | Inclui ajuste oclusal. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando o tipo de concerto. O valor da foto está incluso no procedimento.  | 12 meses      |
| PRÓTESE       | 85400068    | CONCERTO EM PROTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTORIO)             |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           |            | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 45,58   | R\$ 43,30      | A      |            |          | ●            | ●          | ●                         | Inclui ajuste oclusal. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando o tipo de concerto. O valor da foto está incluso no procedimento.  | 12 meses      |
| PRÓTESE       | 87000040    | COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE                                  | ●                 |                  | ●         | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 95,72   | R\$ 90,93      | 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                                      | ●                 |                  | ●         | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 95,72   | R\$ 90,93      | 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                                      | ●                 |                  | ●         | ●                 | ●                  |                           | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 83,09   | R\$ 78,94      | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Para os planos Bronze e Prata, a coroa provisória será autorizada somente para reabilitação unitária, não sendo cobertos para dentes pilares de PPP 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   |                   |                  |           | ●                 |                    |                           | ●                     |                        | ●                           |                           | ●                         |            | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 209,09  | R\$ 198,64     | 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  |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 563,26  | R\$ 535,10     | 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   | ●                 |                  | ●         |                   | ●                  | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 395,00  | R\$ 375,25     | 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  | ●                 |                  | ●         | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 317,67  | R\$ 301,79     | 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   |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 649,26  | R\$ 616,80     | 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                                |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 509,49  | R\$ 484,02     | 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                         |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 509,49  | R\$ 484,02     | 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   |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 481,02  | R\$ 456,97     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Autorizado somente para dentes anteriores. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | 60 meses      |
| PRÓTESE       | 85400190    | FACETA EM CERÔMERO  |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 365,00  | R\$ 346,75     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Autorizado somente para dentes anteriores. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | 60 meses      |
| PRÓTESE       | 85400211    | NÚCLEO DE PREENCHIMENTO   | ●                 |                  | ●         | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 61,16   | R\$ 58,10      | 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   | ●                 |                  | ●         | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 151,16  | R\$ 143,60     | 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 MIORRELAXANTE (PLACA OCCLUSAL ESTABILIZADORA)                  |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 211,63  | R\$ 201,05     | ASAI   |            |          | ●            | ●          | ●                         | Inclui ajuste oclusal. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. A foto deve mostrar a órtese instalada na boca. O valor da foto está incluso no procedimento. Não autorizado para pacientes em tratamento ortodôntico.  | 24 meses      |
| PRÓTESE       | 85400262    | PINO PRÉ FABRICADO  | ●                 |                  | ●         | ●                 | ●                  | ●                         | ●                     |                        | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 70,56   | R\$ 67,03      | 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)          |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●                         |                        |                         |   | 1099,60 | R\$ 1.044,62   | D      | ●          | ●        |              |            | ●                         | Deve ser solicitada autorização apenas para o pórtico. Autorizado somente para ausências unitárias em região anterior e presença de dentes adjacentes com boa estrutura radicular remanescente. Para pagamento é necessário anejar 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                      |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 1157,95 | R\$ 1.100,05   | D      | ●          | ●        |              |            | ●                         | Deve ser solicitada autorização apenas para o pórtico. Autorizado somente para ausências unitárias em região anterior e presença de dentes adjacentes com boa estrutura radicular remanescente. Para pagamento é necessário anejar 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                      |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 1029,67 | R\$ 978,19     | D      | ●          | ●        |              |            | ●                         | Deve ser solicitada autorização apenas para o pórtico. Autorizado somente para ausências unitárias em região anterior e presença de dentes adjacentes com boa estrutura radicular remanescente. Para pagamento é necessário anejar 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)          |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●                         |                        |                         |   | 607,14  | R\$ 576,78     | 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                               |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 665,49  | R\$ 632,22     | 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                               |                   |                  |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●                         | ●                      | ●                       | ●                                       | 537,21  | R\$ 510,35     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Deve ser solicitada autorização por elemento. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.   | 60 meses      |



| Procedimento    | Valor Unit |
|-----------------|------------|
| ORLUGIA         | 0,95       |
| CLAREAMENTO     | 0,95       |
| CLINICA GERAL   | 0,95       |
| DIAGNOSTICO     | 0,95       |
| ENDODONTIA      | 0,95       |
| ODONTOPEDIATRIA | 0,95       |
| ORTODONTIA      | 0,95       |
| PERIODONTIA     | 0,95       |
| PREVENÇÃO       | 0,95       |
| PROTESE         | 0,95       |
| RADIOLOGIA      |            |

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

| Especialidade | Código TUSS | Descrição do Procedimento   | Bronze e Bronze I | Bronze AD e AI1 | Bronze 10 | Bronze Integral I | Bronze Integral 10 | Bronze Doc e Bronze Doc I | Bronze Integral Doc I | Bronze Integral Doc 10 | Bronze Plus e Bronze Plus I | Prata, Prata I e Prata AD | Prata 10 e Prata 10 CDMAR | Prata PLUS | Duro Protese | Duro, Duro I e Duro AD | Duro 10 e Duro 10 CDMAR | Duro Premium 10 e Duro Premium 10 CDMAR | UPO     | Valor em Reais | Região | Re Inicial | Re Final | Foto Inicial | Foto final | Documentação Complementar | Regras Técnicas  | Periodicidade      |
|---------------|-------------|---|-------------------|-----------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|--------------|------------------------|-------------------------|---|---------|----------------|--------|------------|----------|--------------|------------|---------------------------|--|--------------------|
| PRÓTESE       | 85400351    | PRÓTESE PARCIAL FIXA IN CERAN LIVRE DE METAL (METAL FREE)                           |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●            |                        |                         |   | 751,00  | R\$ 713,45     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Deve ser solicitada autorização por elemento. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | 60 meses           |
| PRÓTESE       | 85400360    | PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISORIA   |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 83,09   | R\$ 78,94      | 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) |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●            |                        |                         |   | 3486,00 | R\$ 3.311,70   | 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                                     |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           |            | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 885,30  | R\$ 841,04     | 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  |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           |            | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 486,89  | R\$ 462,55     | 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   |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           |            | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 814,07  | R\$ 773,37     | A      |            |          |              | ●          |                           | Inclui ajuste oclusal. A foto deve mostrar a prótese total instalada na boca.O valor da foto está incluso no procedimento.   | 60 meses           |
| PRÓTESE       | 85400416    | PRÓTESE TOTAL IMEDIATA  |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           |            | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 540,00  | R\$ 513,00     | A      |            |          |              | ●          |                           | Inclui ajuste oclusal. A foto deve mostrar a prótese total instalada na boca. O valor da foto está incluso no procedimento.  | 60 meses           |
| PRÓTESE       | 85400424    | PRÓTESE TOTAL INCOLOR   |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●            |                        |                         |   | 540,00  | R\$ 513,00     | A      |            |          |              | ●          |                           | Inclui ajuste oclusal. A foto deve mostrar a prótese total instalada na boca. O valor da foto está incluso no procedimento.  | 60 meses           |
| PRÓTESE       | 85400483    | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (CONSULTÓRIO)                  |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           |            | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 159,77  | R\$ 151,78     | A      |            |          | ●            | ●          |                           | Inclui ajuste oclusal. O valor da foto está incluso no procedimento.   | 12 meses           |
| PRÓTESE       | 85400491    | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (LABORATÓRIO)                   |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        | ●                           |                           |                           |            | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 159,77  | R\$ 151,78     | A      |            |          | ●            | ●          |                           | Inclui ajuste oclusal. O valor da foto está incluso no procedimento.   | 12 meses           |
| PRÓTESE       | 85200077    | REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR   |                   | ●               |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 43,28   | R\$ 41,12      | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Não remunerado quando houver indicação de exodontia. O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | Procedimento Único |
| PRÓTESE       | 85400505    | REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO   |                   | ●               |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 39,37   | R\$ 37,40      | 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  |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 480,05  | R\$ 456,05     | 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  |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 480,05  | R\$ 456,05     | 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   |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 400,65  | R\$ 380,62     | 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   |                   |                 |           |                   |                    |                           |                       |                        |                             |                           |                           |            | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 400,65  | R\$ 380,62     | D      | ●          | ●        |              |            |                           | Autorizado somente para dentes posteriores. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.  | 60 meses           |
| PRÓTESE       | 85400556    | RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA  |                   | ●               |           | ●                 |                    | ●                         |                       | ●                      | ●                           | ●                         | ●                         | ●          | ●            | ●                      | ●                       | ●                                       | 246,23  | R\$ 233,92     | 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 |  |