

Especialidade	Valor (R\$)
CRURGIA	0,95
CLAREAMENTO	0,95
DIAGNOSTICO	0,95
ENDODONTRIA	0,95
ODONTOPEDIATRIA	0,95
PERIODONTO	0,95
PERIODONTO	0,95
PRESERCAO	0,95
PROTESE	0,95
RADIODIAGNOSTICA	0,95

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

Especialidade	Código TUSS	Descrição do Procedimento	Bronze e Bronze I	Bronze AD e AD I	Bronze 10	Bronze Integral I	Bronze Integral 10	Bronze Doc e Bronze Doc I	Bronze Integral Doc I	Bronze Plus e Bronze Plus I	Prata, Prata e Prata AD	Prata 10 e Prata 10 COPAR	Prata PLUS	Ouro Prótese	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro 10 e Ouro 10 COPAR	Ouro Premium 10 e Ouro Premium 10 COPAR	UPO	Valor em Reais	Região	Re. Inicial	Re. Final	Foto Inicial	Foto Final	Documentação Complementar	Regras Técnicas	Periodicidade
DIAGNÓSTICO	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	•			•				•	•	•	•	•	•	•	•	26,98	R\$ 25,63	ASAI					Procedimento único no dia		6 meses
DIAGNÓSTICO	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGENCIA 24 HRS: Colagen de fragmentos; Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático; Corona provisória sem pino; Exodontia de dente deciduo; Exodontia de raiz residual; Exodontia de dente permanente; Imobilização dentária em dentes permanentes; Iniciação e drenagem intra ou extra-oral de abscesso, hematoma e/ou lesão da região buco-maxilo-facial; Remoção simples de luxação de ATM; Pulpectomia; Recimentação de trabalho protético; Reimplante dentário com encaixe; Restauração em resina fotopolimerável em dentes anteriores; Restauração temporária/tratamento expectante; Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial; Tratamento de abscesso periodontal agudo; Tratamento de alveolite; Tratamento de pericoronite.	•		•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•		R\$ 0,00	ASAI	•	•			Necessário informar em sistema o procedimento que foi realizado na urgência. Procedimento exclusivo para Clínica de Atendimento 24 horas. O valor da radiografia está incluso no procedimento.		
DIAGNÓSTICO	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGENCIA: Colagen de fragmentos; Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático; Imobilização dentária em dentes permanentes; Iniciação e drenagem intra ou extra-oral de abscesso, hematoma e/ou lesão da região buco-maxilo-facial; Remoção de dreno intra e extra oral; Pulpectomia; Recimentação de trabalho protético; Reimplante dentário com encaixe; Restauração temporária/tratamento expectante; Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial; Tratamento de abscesso periodontal agudo; Tratamento de alveolite; Tratamento de pericoronite.	•		•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	34,91	R\$ 33,16	ASAI	•	•			Inclui exame clínico. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a região/dente e o procedimento que foi realizado na urgência. Não é reembolsada para pacientes em tratamento no consultório.O valor da radiografia está incluso no procedimento.		
DIAGNÓSTICO	81000073	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITÓRIA	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	59,67	R\$ 56,69	ASAI	•				Somente quando solicitado pela Porto Seguro. O valor da radiografia está incluso no procedimento.		
DIAGNÓSTICO	81000111	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM CITOLOGIA ESOFOLIATIVA NA REGIAO BUZO-MAXILO-FACIAL	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	70,43	R\$ 66,91	ASAI					• Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.		
DIAGNÓSTICO	81000138	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM MATERIAL DE BIOPSIA NA REGIAO BUZO-MAXILO-FACIAL	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	70,43	R\$ 66,91	ASAI					• Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.		
DIAGNÓSTICO	81000154	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM PECA CIRURGICA NA REGIAO BUZO-MAXILO-FACIAL	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	70,43	R\$ 66,91	ASAI					• Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso.		
DIAGNÓSTICO	81000170	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO EM PUNCAO NA REGIAO BUZO-MAXILO-FACIAL	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	70,43	R\$ 66,91	ASAI					• 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	ASAI					• Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica ou condição sistemática 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	ASAI					• Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica ou condição sistemática 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	ASAI					• Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica ou condição sistemática para a realização do procedimento e anexar o resultado do teste. Procedimento exclusivo para especialistas em Periodontia e Odontopediatria.	12 meses	
RADIOLOGIA	90010061	DOCUMENTACAO ORTOPONTICA SIMPLES (5 fotos, Rx panorâmica, Telerradiografia com 2 traçados, Modelos ortodonticos)					•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	186,05	0,00	ASAI	•				• Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Ortonotia.	24 meses		
RADIOLOGIA	90010339	DOCUMENTACAO PERIODONTAL (panorâmica com traçado, levantamento periapical, interproximais de pré-molares e molares, 2 fotos extra-oraís e 3 fotos intra-buccais, modelos, caixa para modelos e pasta)					•		•				•			•	255,10	0,00	ASAI	•				• Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Periodontia.	24 meses		
RADIOLOGIA	81000278	FOTOGRAFIAS				•		•		•			•			•	13,60	0,00	ASAI		•			• Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Periodontia.	12 meses		
RADIOLOGIA	81000294	LEVANTAMENTO RADIGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	156,98	0,00	ASAI	•				• Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Periodontia.	18 meses		
RADIOLOGIA	90010278	PACOTE PARA FOTOS				•		•		•			•			•	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 Ortonotia.	12 meses		

Especialidade	Valor (R\$)
CIRURGIA	0,95
CLAREAMENTO	0,95
DENTAL	0,95
DIAGNÓSTICO	0,95
ENDODONTRIA	0,95
ODONTOPEDIATRIA	0,95
PERIODONTO	0,95
PERIODONTO	0,95
PREVENÇÃO	0,95
PROTÉSE	0,95
PROTÓSIS	0,95

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

Especialidade	Código TUSS	Descrição do Procedimento	Bronze e Bronze I	Bronze AD e AD I	Bronze 10	Bronze Integral I	Bronze Integral 10	Bronze Doc e Bronze Doc I	Bronze Integral Doc I	Bronze Plus e Bronze Plus I	Prata, Prata e Prata AD	Prata 10 e Prata 10 COPAR	Prata PLUS	Ouro Protese	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro Premium 10 e Ouro 10 COPAR	UPO	Valor em Reais	Região	R\$ Inicial	Foto Final	Foto Inicial	Documentação Complementar	Regras Técnicas	Períodicidade	
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 Odontologia.	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 OCCLUSAL	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		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 PANORÁMICA COM TRAÇADO			•			•			•				•	•	•		61,22	0,00	ASAI	•			•	Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica.	12 meses
RADIOLOGIA	81000405	RADIOGRAFIA PANORÁMICA DE MANDÍBULA/MAXILA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		51,16	0,00	ASAI	•			•	Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica.	12 meses
RADIOLOGIA	81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		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	ASAI	•			•	Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Odontologia.	24 meses
RADIOLOGIA	81000456	SLIDE			•			•			•				•	•	•		13,60	0,00	ASAI			•		Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica.	12 meses
RADIOLOGIA	81000570	TECNICA DE LOCALIZACAO RADIOGRAFICA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		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	ASAI	•			•	Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Odontologia.	24 meses
RADIOLOGIA	81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO			•			•		•		•	•	•	•	•	•		96,00	0,00	ASAI	•			•	Necessário anexar em sistema o exame realizado e a solicitação assinada pelo dentista com a descrição da finalidade do exame. Procedimento exclusivo para realização em Clínica Radiológica. Solicitação de exame exclusivo para credenciados na especialidade de Odontologia.	24 meses
CIRURGIA	82000034	ALVEOLoplastia	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		92,77	R\$ 88,13	HA	•	•			Inclui na exodontia. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000050	AMPUTACAO RADICULAR COM OU SEM OBTURAÇÃO 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 VESTÍBULO	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		115,44	R\$ 109,67	A			•	•	Inclui extensão de vestíbulo e reconstrução do sulco gingival labial. Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000077	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		234,86	R\$ 223,12	D	•	•			O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000085	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETROGRADA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		208,70	R\$ 198,27	D	•	•			O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		268,70	R\$ 255,27	D	•	•			O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETROGRADA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		247,30	R\$ 234,94	D	•	•			O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000174	APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		194,91	R\$ 185,16	D	•	•			O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82000182	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETROGRADA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		182,05	R\$ 172,95	D	•	•			O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	30202027	BIOPSIA DE BOCA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		80,09	R\$ 76,09	ASAI			•	•	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-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	BIOPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		80,09	R\$ 76,09	ASAI			•	•	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-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	BIOPSIA DE LÁBIO	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		80,09	R\$ 76,09	ASAI			•	•	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-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

Especialidade	Valor (R\$)
CIRURGIA	0,95
CLAREAMENTO	0,95
DENTAL	0,95
DIAGNÓSTICO	0,95
ENDODONTRIA	0,95
ODONTOPLASTICA	0,95
PERIODONTE	0,95
PERIODONTO	0,95
PREVENÇÃO	0,95
PROTÉSE	0,95
RADIODIAGNOSTICO	0,95

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

Especialidade	Código TUSS	Descrição do Procedimento	Bronze e Bronze I	Bronze AD e A1	Bronze 10	Bronze Integral I	Bronze Integral 10	Bronze Doc e Bronze Doc. I	Bronze Integral Doc. I	Bronze Plus e Bronze Plus I	Prata, Prata e Prata AD	Prata 10 e Prata 10 COPAR	Prata PLUS	Ouro Prótese	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro Premium 10 e Ouro Premium 10 COPAR	UPO	Valor em Reais	Região	R\$ Inicial	R\$ Final	Foto Inicial	Foto Final	Documentação Complementar	Regras Técnicas	Periodicidade
CIRURGIA	30201031	BIOPSIA DE LÍNGUA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	80,09	R\$ 76,09	LG		•	•	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-patológico e preencher o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso com o tipo de lesão. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único		
CIRURGIA	30211018	BIOPSIA DE MANDIBULA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	80,09	R\$ 76,09	AI		•	•	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-patológico e preencher o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso com o tipo de lesão. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único		
CIRURGIA	82000280	BIOPSIA DE MAXILA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	80,09	R\$ 76,09	AS		•	•	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-patológico e preencher o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso com o tipo de lesão. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único		
CIRURGIA	82000344	CIRURGIA ODONTOLOGICA COM APLICAÇÃO DE ALDENXERTO			•		•				•							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	EXERESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	122,42	R\$ 116,30	S	•	•		•	Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-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	EXERESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	100,86	R\$ 95,82	ASAI		•	•	•	Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-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	EXERESE OU EXCISÃO DE RÂNULA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	127,44	R\$ 121,07	ASAI		•	•	•	Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-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 alveoplastia 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 alveoplastia 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 alveoplastia 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 (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	82000913	FRENULOTOMIA 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	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 RASPIADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCCO-MAXILOFACIAL	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	80,09	R\$ 76,09	ASAI		•	•	•	Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-patológico. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único	
CIRURGIA	30201080	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	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 LUXTAÇÃO 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 alveoplastia 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 alveoplastia e odonto-seção. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único	
CIRURGIA	82001367	REMOÇÃO DE ODONTOOMA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	139,58	R\$ 132,60	S	•	•		•	Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomo-patológico. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único	
CIRURGIA	82001413	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMÍCOSO DA REGIÃO BUCCO-MAXILOFACIAL			•		•				•						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	SEPULTAMENTO 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	

Especialidade	Valor LDO
CIRURGIA	0,95
CLAREAMENTO	0,95
DENTAL CIRÚRGICO	0,95
ENDODONTRIA	0,95
ODONTOPEDIATRIA	0,95
PERIODONTO	0,95
PERIODONTO	0,95
PREVENÇÃO	0,95
PROTESE	0,95
RADIODIAGNOSTICA	0,95

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

Especialidade	Código TUSS	Descrição do Procedimento	Bronze e Bronze I	Bronze AD e AD I	Bronze 10	Bronze Integral I	Bronze Integral 10	Bronze Dto e Bronze Soc. I	Bronze Integral Doc. I	Bronze Plus e Bronze Prof. I	Prata, Prata e Prata AD	Prata 10 e Prata 10 COPAR	Prata PLUS	Ouro Prótese	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro 10 e Ouro 10 COPAR	Ouro Premium 10 e Ouro Premium 10 COPAR	UPO	Valor em Reais	Região	Foto Inicial	Foto Final	Documento Complementar	Regras Técnicas	Periodicidade
CIRURGIA	82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	97,81	R\$ 92,92	ASAI		●	●	Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica do caso. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001502	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	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 anatomopatológico e preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica da lesão e técnica cirúrgica realizada. O valor da foto está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CIRURGIA	82001596	TRAT CIR DE TUM BENIG DE TEC ÓSSEOS/CART BUCO-MAXILO-FACIAL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	122,42	R\$ 116,30	A	●	●		Inclui biópsia. Necessário anexar em sistema o resultado do exame anatomopatológico 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 anatomopatológico 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 BUZO SINUSAIAS	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	122,42	R\$ 116,30	HA	●	●		Necessário preencher em sistema o campo "observação / justificativa" informando a descrição clínica com sintomas 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	ASAI		●	●	Procedimento refere-se ao tratamento completo, independente do número de sessões realizadas. Necessário envio de foto 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	ASAI		●		Procedimento composto pela placa para o clareamento. Não inclui o gel clareador. Necessário envio de foto inicial da boca do paciente, e fotos das placas superior e inferior posicionadas. O valor das fotos está incluso no procedimento.	Procedimento Único
CLAREAMENTO	90851005	PACOTE CLAREAMENTO CASEIRO																916,37	R\$ 872,45	ASAI		●	●	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, forramento, ajuste occlusal 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, forramento, ajuste occlusal 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, forramento, ajuste occlusal e polimento. Conforme cláusula contratual e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses
CLÍNICA GERAL	85100102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 2 FACES	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	45,77	R\$ 43,48	D				Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste occlusal e polimento. Conforme cláusula contratual e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses
CLÍNICA GERAL	85100110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 3 FACES	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	52,42	R\$ 49,80	D				Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste occlusal e polimento. Conforme cláusula contratual e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses
CLÍNICA GERAL	85100129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 4 FACES	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	52,42	R\$ 49,80	D				Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste occlusal e polimento. Conforme cláusula contratual e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses
CLÍNICA GERAL	85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	49,19	R\$ 46,73	D				Considerado número total de faces, independente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste occlusal e polimento. Não remunerado exclusivamente por finalidade estética. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses

Especialidade	Valor LDO
CIRURGIA	0,95
CLAREAMENTO	0,95
DIAGNÓSTICO	0,95
ENDODONTIA	0,95
ODONTOPLASTICA	0,95
PERIODONTO	0,95
PERIODONTO	0,95
PREVENÇÃO	0,95
PROTESE	0,95
RADIODIAGNOSTICO	0,95

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

Especialidade	Código TUSS	Descrição do Procedimento	Bronze e Bronze I	Bronze AD e AD I	Bronze 10	Bronze Integral I	Bronze Integral 10	Bronze Doc e Bronze Doc I	Bronze Integral Doc I	Bronze Plus e Bronze Plus I	Prata, Prata e Prata AD	Prata 10 e Prata 10 COPAR	Prata PLUS	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro Premium 10 e Ouro Premium 10 COPAR	UPO	Valor em Reais	Região	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. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses	
CLÍNICA GERAL	85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●	●	●	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. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses	
CLÍNICA GERAL	85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●	●	●	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. Conforme cláusula contratual, e Manual do Prestador, a Porto Seguro se reserva o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações e/ou documentação relacionados ao tratamento do Segurado.	24 meses	
ENDODONTIA	85200018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	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, trosca de medicação intracanal, restauração provisória e préparo 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, trosca de medicação intracanal, restauração provisória e préparo 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, trosca de medicação intracanal, restauração provisória e préparo prévio do conduto para instalação de pino ou núcleo. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	Procedimento Único	
ENDODONTIA	85200123	TRATAMENTO DE PERFORAÇÃO ENDODÔNTICA	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	102,56	R\$ 97,43	D	●	●	Inclui todas as troscas 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 aperturam, remoção de corpo estranho, trosca de medicação intracanal, restauração provisória e préparo 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 aperturam, remoção de corpo estranho, trosca de medicação intracanal, restauração provisória e préparo 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 aperturam, remoção de corpo estranho, trosca de medicação intracanal, restauração provisória e préparo 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 FLÚOR	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	44,33	R\$ 42,11	ASAI			Incluir Profilaxia + Atenção em veias fluorescentes + Orientação de higiene + Encaminhamento à odontopediatria + Desmineralização. 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. Necesário 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 inclusa no procedimento.	Procedimento Único	
ODONTOPEDIATRIA	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	45,58	R\$ 43,30	D		●	Incluir 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 inclusa no procedimento.	Procedimento Único	
ODONTOPEDIATRIA	83000135	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	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	

Especialidade	Valor USD
CRURGIA	0,95
CLAREAMENTO	0,95
DIAGNOSTICO	0,95
ENDODONTIA	0,95
ODONTOLOGIA	0,95
PERIODONTO	0,95
PERIODONTO	0,95
PREVENCAO	0,95
PROTESE	0,95
RADIODIAG	0,95

## Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

Especialidade	Código TUSS	Descrição do Procedimento	Bronze e Bronze I	Bronze AD e AD I	Bronze 10	Bronze Integral I	Bronze Integral 10	Bronze Doc e Bronze Doc I	Bronze Integral Doc I	Bronze Plus e Bronze Plus I	Prata, Prata e Prata AD	Prata 10 e Prata 10 COPAR	Prata PLUS	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro 10 e Ouro 10 COPAR	Ouro Premium 10 e Ouro Premium 10 COPAR	UPO	Valor em Reais	Região	Rs. inicial	Rs. final	Foto Inicial	Foto Final	Documentação Complementar	Regras Técnicas	Periodicidade
ODONTOPEDIATRIA	85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	37,26	R\$ 35,40	D					Autorizado somente para dentes deciduos; Considerando número total de faces independentemente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste occlusal e polimento. Não remunerado com aplicação de selante e outras restaurações. Conforme cláusula contratual, o Manual do Prestador, o 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 deciduos; Considerando número total de faces independentemente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste occlusal e polimento. Não remunerado com aplicação de selante e outras restaurações. Conforme cláusula contratual, o Manual do Prestador, o 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 deciduos; Considerando número total de faces independentemente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste occlusal e polimento. Não remunerado com aplicação de selante e outras restaurações. Conforme cláusula contratual, o Manual do Prestador, o 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 deciduos; Considerando número total de faces independentemente de serem cavidades distintas ou não; Inclui preenchimento, forramento, ajuste occlusal e polimento. Não remunerado com aplicação de selante e outras restaurações. Conforme cláusula contratual, o Manual do Prestador, o 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	●	●			Remuneração 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: Aparelho de Kamm; Aparelho de Thurz; Aparelhos estéticos (alinhador estético removível, autoligáveis, contenção estética, porcelana, saíra, aparelho lingual); Aparelho ortodôntico remov. com alças Bionator invertidas ou de Class; APM - Aparelho de Protrusão Mandibular; Bionator de Balleter; Blocos gêmeados de Clark - Twinblock; Hélix - Hélix; Máscara facial - Delaire e tração reversa; Mini implante ortodôntico; Modelador elástico de Birner; Monobloc; Pistas diretas de Planas - superior e inferior; Pistas indiretas de Planas; Placa dupla de Sanders; Regulador de função de Frankel; Símões Network; Splinter.	N.C.	N.C.	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: Aparelho extra-bucal; Aparelho ortodôntico fixo metálico (total ou parcial); Arco lingual; Barra transpalatina (fixa ou removível); Bolto de Nance; Cinta de fixo - por arcada; Disjuntor de HASS; Disjuntor palatino (Hyrax e Macnamara); Distalizador com mola nitinol; Distalizador de Hilgers; Distalizador tipo Jet; Distalizador Pénpedo/Pendex; Disjuntor tipo Jagger; Grade palatina; Gianelly; Grade palatina (fixa ou removível); Mentoneira; Placa de distalização de molares; Placa de Hawley (fixa ou sem torno expansor); Placa de verticalização de caninos; Placa encapsulada de Mauricio; Placa labio ativa; Placa oclusal resiliente; Plano anterior fixo; Plano inclinado; Plano; Quadrilíneo; 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 do Porto Seguro sem custo da instalação do aparelho ortodôntico. 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!	ASAI					Código liberado após análise da auditoria, de acordo com o planejamento.	Mensal	

Especialidade	Valor (R\$)
CRURGIA	0,95
CLAREAMENTO	0,95
DIAGNOSTICO	0,95
ENDODONTIA	0,95
ODONTOGRAMA	0,95
PERIODONTIA	0,95
PREVENCAO	0,95
PROTESE	0,95
RADIODIAGRAFIA	0,95

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

Especialidade	Código TUSS	Descrição do Procedimento	Brasileiro e Bronze I	Bronze AD e A1	Bronze 10	Bronze Integral I	Bronze Integral 10	Bronze Doc e Bronze Doc I	Bronze Integral Doc I	Bronze Plus e Bronze Plus I	Prata, Prata e Prata AD	Prata 10 e Prata 10 COPAR	Prata PLUS	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro Premium 10 e Ouro Premium 10 COPAR	UPO	Valor em Reais	Região	Foto Inicial	Foto Final	Documento Complementar	Regras Técnicas	Periodicidade
ORTODONTIA	81000189	DIAGNOSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOTLOGICO									•	•	•		•	•	26,98	#VALOR!	ASAI	•			Código utilizado na pré-autorização para inicio, promoção ou contenção de tratamento. Necessário preencher em sistema o planejamento ortodôntico e anexar: - foto intra-óclusicas (fronte, direito e esquerdo) - radiografia parodontal - 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 ORTODÔNTICA									•	•	•		•	•	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 fluorotetado + Orientação de higiene + Evidenciador de placa + Remoção de fatores de retenção de placa + Desensibilização + Ajuste oclusal + Troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós-operatórios para pacientes maiores de 15 anos. Remunerado somente anexando em sistema o Perograma (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	DESENSIBILIZACAO DENTARIA	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	20,65	R\$ 19,62	ASAI		•	•	• Inclui 3 sessões. Inclui Profilaxia + Aplicação de flúor + Aplicação de verniz fluorotetado. Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. Remunerado somente anexando 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.	
PERIODONTIA	82000689	ENXERTO PEDICULADO	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	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 fluorotetado + Orientação de higiene + Evidenciador de placa + Remoção de fatores de retenção de placa + Desensibilização + Ajuste oclusal. Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. Remunerado somente anexando em sistema o Perograma (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 fluorotetado + Orientação de higiene + Evidenciador de placa + Remoção de fatores de retenção de placa + Desensibilização + Ajuste oclusal. Autorizado somente para pacientes maiores de 15 anos. Remunerado somente para dentes em fase de erupção. O valor da radiografia 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 pacientes maiores de 15 anos. O valor da foto 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		•		• Autorizada 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		•		• Autorizada 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 fluorotetado + Orientação de higiene + Evidenciador de placa + Remoção de fatores de retenção de placa + Desensibilização. Autorizado somente para pacientes menores de 15 anos.	6 meses
PREVENÇÃO	84000201	REMINALIZAÇÃO 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 MICROBIOLOGICA															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 teste. Procedimento exclusivo para especialistas em Odontopediatria.	12 meses
PRÓTESE	85400033	CONSENTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (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 consento. O valor da foto está incluso no procedimento.	12 meses

Especialidade	Valor (R\$)
CIRURGIA	0,95
CLAREAMENTO	0,95
DIAGNÓSTICO	0,95
ENDODONTRIA	0,95
ODONTOPEDIATRIA	0,95
PERIODONTO	0,95
PERIODONTO	0,95
PREVENÇÃO	0,95
PROTÉSE	0,95
RADIODIAG.	0,95

Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)

Especialidade	Código TUSS	Descrição do Procedimento	Bronze e Bronze I	Bronze AD e AD I	Bronze 10	Bronze Integral I	Bronze Integral 10	Bronze Doc e Bronze Doc I	Bronze Integral Doc I	Bronze Plus e Bronze Plus I	Prata, Prata e Prata AD	Prata 10 e Prata 10 COPAR	Prata PLUS	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro 10 e Ouro 10 COPAR	Ouro Premium 10 e Ouro 10 COPAR	UPO	Valor em Reais	Região	Rx inicial	Rx final	Foto inicial	Foto final	Documentação Complementar	Regras Técnicas	Periodicidade
PRÓTESE	85400041	CONSERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)								•			•	•	•	•	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	
PRÓTESE	85400050	CONSERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM CONSULTÓRIO)								•			•	•	•	•	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	
PRÓTESE	85400068	CONSERTO EM PRÓTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)								•			•	•	•	•	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	
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 PPF e prótese sobre implante. Inclui ajuste oclusal. O código deve 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	FACTETA 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	FACTETA 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 endodontico, com necessidade de reabilitação 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 endodontico satisfatório e estrutura radicular remanescente suficiente para posterior restauração 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 endodontico satisfatório e estrutura radicular remanescente suficiente para posterior restauração protética. O valor da órtese 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 pôntico. Autorizado somente para ausências unilárias em região anterior e presença de dentes adjacentes com boa estrutura radicular remanescente. Para pagamento é necessário anexar em sistema termo de risco. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses	
PRÓTESE	85400300	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO CERÂMICA											•	•	•	•	1157,95	R\$ 1.100,05	D	•	•			Deve ser solicitada autorização apenas para o pôntico. Autorizado somente para ausências unilárias em região anterior e presença de dentes adjacentes com boa estrutura radicular remanescente. Para pagamento é necessário anexar em sistema termo de risco. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses	
PRÓTESE	85400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO PLÁSTICA											•	•	•	•	1029,67	R\$ 978,19	D	•	•			Deve ser solicitada autorização apenas para o pôntico. Autorizado somente para ausências unilárias em região anterior e presença de dentes adjacentes com boa estrutura radicular remanescente. Para pagamento é necessário anexar em sistema termo de risco. Inclui ajuste oclusal. O valor da radiografia está incluso no procedimento.	60 meses	
PRÓTESE	85400327	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)											•				607,14	R\$ 576,78	D	•	•			Deve ser solicitada autorização 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.	60 meses	
PRÓTESE	85400335	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERÂMICA											•	•	•	•	665,49	R\$ 632,22	D	•	•			Deve ser solicitada autorização 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.	60 meses	
PRÓTESE	85400343	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO PLÁSTICA											•	•	•	•	537,21	R\$ 510,35	D	•	•			Deve ser solicitada autorização 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.	60 meses	

Especialidade	Valor (R\$)
ORLURGIA	0,95
GLAERAMENTO	0,95
DENTAL GERAL	0,95
DIAGNOSTICO	0,95
ENDODONTRIA	0,95
ODONTOPEDIATRIA	0,95
PERIODONTO	0,95
PERIODONTO	0,95
PREVENCAO	0,95
PROTESE	0,95
RADIODIAGNOSTICO	0,95

**Tabela Porto Seguro Odontológico (TPSO)**

Especialidade	Código TUSS	Descrição do Procedimento	Bronze e Bronze I	Bronze AD e AD I	Bronze 10	Bronze Integral I	Bronze Integral 10	Bronze Dose e Bronze Dose I	Bronze Integral Doc. 1	Bronze Plus e Bronze Plus I	Prata, Prata e Prata AD	Prata 10 e Prata 10 COPAR	Prata PLUS	Ouro, Ouro e Ouro AD	Ouro 10 e Ouro 10 COPAR	Ouro Premium 10 e Ouro Premium 10 COPAR	UPO	Valor em Reais	Região	Rx inicial	Rx 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 PROVISÓRIA									●	●	●	●		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 SEM 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 PRÓTÉTICO	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	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 MÉTALICA 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