



Programa de Assistência aos Servidores do Superior Tribunal de Justiça - **Pró-Ser/STJ**

Tabela Odontológica

Vigência a partir de 02/05/2019

Observações – Grupos de especialidades

| Especialidade | Observações |
|------------------------|---|
| TODAS | <ul style="list-style-type: none">• Em caso de emergência, a perícia inicial, quando obrigatória, fica dispensada, devendo a perícia final ser feita sempre que o código do procedimento de emergência realizado assim a requerer, conforme previsto nesta Tabela.• Quando as perícias inicial e/ou final não forem obrigatórias, fica facultado ao paciente realizá-las.• Qualquer tratamento que ultrapasse o valor de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) deverá ser submetido às perícias inicial e final.• Os beneficiários com idade de até 13 anos incompletos somente poderão ser atendidos por odontopediatra, ressalvados os casos de urgência/emergência.• A consulta de controle não está autorizada para as especialidades não contempladas nesta tabela. |
| RADIOLOGIA | <ul style="list-style-type: none">• Os pedidos radiológicos deverão ser emitidos pelos cirurgiões-dentistas constando o número do dente, a região e o número de películas radiográficas.• Não serão aceitos pedidos em formulários pré-impressos nem pedidos odontológicos rasurados. |
| CIRURGIAS | <ul style="list-style-type: none">• O paciente deverá comparecer às perícias inicial e final munido de radiografias pré e pós-tratamento.• Os tratamentos de complicações pós-cirúrgicas estão incluídos nos custos dos procedimentos. |
| ODONTOPEDIATRIA | <ul style="list-style-type: none">• Os tratamentos na especialidade de odontopediatria destinam-se exclusivamente aos beneficiários com idade de até 13 anos incompletos. |
| PREVENÇÃO | <ul style="list-style-type: none">• O tratamento de prevenção somente será autorizado 2 (duas) vezes no período de um ano, observado o intervalo mínimo de 6 meses, considerando a data de conclusão do procedimento. Se houver indicação para maior número de vezes, o paciente deverá ser encaminhado para perícia inicial.• Pacientes com indicação de controle periodontal trimestral deverão ser encaminhados pelo profissional ao periodontista. |
| DENTÍSTICA | <ul style="list-style-type: none">• Quando houver indicação de reabilitação oral mediante utilização de prótese fixa, não serão autorizadas restaurações nos dentes envolvidos. A autorização das restaurações só ocorrerá quando houver opção escrita do paciente para realização de prótese removível. |

| Especialidade | Observações |
|--------------------|--|
| ENDODONTIA | <ul style="list-style-type: none"> • Os tratamentos endodônticos com finalidade protética somente serão autorizados em perícia inicial ou final quando acompanhados de indicação por escrito do protesista. • Para aprovação dos trabalhos de endodontia, os pacientes deverão ser encaminhados ao serviço de perícia odontológica do STJ, portando as radiografias iniciais e finais e o diagnóstico correspondente. • Nos planos de tratamento endodôntico, serão autorizadas, no máximo, 04 radiografias por elemento dentário. |
| PERIODONTIA | <ul style="list-style-type: none"> • O tratamento periodontal de manutenção inclui todos os segmentos dentários (3 segmentos por arcada). • Quando houver necessidade de raspagem subgengival, os pacientes devem ser encaminhados para perícia inicial, portando documentação radiográfica e periograma com registro de profundidade de bolsas periodontais e das recessões gengivais. |
| PRÓTESE | <ul style="list-style-type: none"> • Os tratamentos protéticos que necessitem de tratamento periodontal prévio somente serão autorizados após laudo do periodontista atestando a liberação do paciente. • Os procedimentos na especialidade de prótese terão a garantia de dois anos, desde que o paciente comprove acompanhamento semestral, por meio da consulta de controle. • Para aprovação dos trabalhos de prótese, os pacientes deverão ser encaminhados ao serviço de perícia odontológica do STJ, portando as radiografias iniciais e finais realizadas em clínicas especializadas em radiologia, com o laudo correspondente. • Não serão autorizadas trocas de trabalhos protéticos e restauradores apenas por indicação estética. • O orçamento deverá ser planejado em única etapa. • Os casos excepcionais serão avaliados pela perícia odontológica do serviço de saúde do STJ. |

Especialidade: Clínica Geral/DIAGNOSE

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.00.00.100 | Consulta de Controle | N | N | R\$ 90,00 | Quando da consulta de controle, deverá ser enviado laudo com observações do profissional, discriminando, inclusive, se há necessidade de encaminhamento do paciente para outras especialidades. A consulta de controle não está autorizada para as especialidades não contempladas na presente tabela. | 0 |
| 8.10.00.030 | Consulta odontológica | N | N | R\$ 90,00 | - | 0 |
| 8.10.00.049 | Consulta odontológica de Urgência | N | N | R\$ 117,00 | Consiste no atendimento do paciente iniciados após as 19 horas até às 7 horas do dia seguinte, nos dias úteis, e em qualquer horário nos sábados, domingos e feriados. | 0 |
| 8.10.00.073 | Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria | N | N | R\$ 90,00 | - | 0 |
| 8.00.00.142 | Falta | N | N | R\$ 90,00 | O atendimento não desmarcado até o prazo de 4 horas antes do horário agendado, que não apresente justificativa, deverá ser relatado pelo profissional e assinado pelo beneficiário, que arcará com 100% do custeio do procedimento. | 0 |

Especialidade: Clínica Geral/RADIOLOGIA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---------------------------------------|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.10.00.375 | Radiografia interproximal - bite-wing | N | N | R\$ 18,00 | Quando for efetuada solicitação para série completa (4 bite-wing e 14 periapicais), o beneficiário somente poderá realizar os procedimentos em clínica especializada em radiologia. | 0 |
| 8.10.00.421 | Radiografia periapical | N | N | R\$ 18,00 | Quando for efetuada solicitação para série completa (14 periapicais), o beneficiário somente poderá realizar os procedimentos em clínica especializada em radiologia. | 0 |

Especialidade: Clínica Geral/PREVENÇÃO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.51.00.242 | Adequação do meio bucal | S | S | R\$ 105,00 | Por hemiarcada | 12 |
| 8.00.40.500 | Prevenção (profilaxia, orientação de higiene bucal, aplicação de flúor, controle de placa bacteriana e tratamento de gengivite) | N | N | R\$ 274,00 | O tratamento de prevenção somente será autorizado 2 (duas) vezes no período de um ano, observado o intervalo mínimo de 6 meses, considerando a data de conclusão do procedimento. Se houver indicação para maior número de vezes, o paciente deverá ser encaminhado para perícia inicial. | 6 |
| 8.40.00.201 | Remineralização | S | S | R\$ 109,00 | A remineralização será de acordo com a avaliação de risco de cárie do paciente. No máximo, 4 sessões de flúor. | 12 |

Especialidade: Clínica Geral/DENTÍSTICA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|--|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.51.00.250 | Aplicação de laser terapêutico | S | N | R\$ 73,00 | Por sessão. Serão liberadas em perícia inicial até 10 sessões. Caso não sejam suficientes, o profissional deverá justificar o número de sessões excedentes para apreciação em perícia inicial | 0 |
| 8.40.00.074 | Aplicação de selante de fósulas e fissuras | S | S | R\$ 44,00 | As aplicações de selantes associadas às restaurações de resinas foto polimerizáveis extensas, como proteção adicional, não serão autorizadas pelo Tribunal. | 12 |
| 8.40.00.058 | Aplicação de selante - técnica invasiva | S | S | R\$ 54,00 | | 12 |
| 8.51.00.021 | Clareamento dentário caseiro | S | S | R\$ 393,00 | Somente nos casos de má-formação do esmalte. Todos os procedimentos necessários à realização do procedimento estão incluídos no referido código. | 12 |
| 8.51.00.030 | Clareamento dentário de consultório | S | S | R\$ 785,00 | Somente nos casos de má-formação do esmalte. Todos os procedimentos necessários à realização do procedimento estão incluídos no referido código. | 12 |
| 8.51.00.048 | Colagem de fragmentos dentários | N | S | R\$ 122,00 | - | 12 |
| 8.51.00.064 | Faceta direta em resina fotopolimerizável | S | S | R\$ 170,00 | - | 12 |
| 8.54.00.211 | Núcleo de preenchimento | S | S | R\$ 105,00 | Somente será autorizado nas seguintes situações, com realização de perícias: - em dentes que receberão tratamento protético; e/ou após a realização de procedimentos endodônticos; cavidades profundas com risco de exposição pulpar, comprovado por radiografia. | 12 |
| 8.51.00.099 | Restauração de amálgama - 1 face | N | N | R\$ 63,00 | - | 12 |
| 8.51.00.102 | Restauração de amálgama - 2 faces | N | N | R\$ 75,00 | - | 12 |

Especialidade: Clínica Geral/DENTÍSTICA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-------------------------|
| 8.51.00.110 | Restauração de amálgama - 3 faces | N | N | R\$ 85,00 | - | 12 |
| 8.51.00.129 | Restauração de amálgama - 4 faces | N | N | R\$ 109,00 | - | 12 |
| 8.51.00.137 | Restauração em ionômero de vidro - 1 face | S | S | R\$ 90,00 | - | 12 |
| 8.51.00.145 | Restauração em ionômero de vidro - 2 faces | S | S | R\$ 107,00 | - | 12 |
| 8.51.00.153 | Restauração em ionômero de vidro - 3 faces | S | S | R\$ 121,00 | - | 12 |
| 8.51.00.161 | Restauração em ionômero de vidro - 4 faces | S | S | R\$ 156,00 | - | 12 |
| 8.51.00.196 | Restauração em resina fotopolimerizável 1 face | S | S | R\$ 84,00 | - | 12 |
| 8.51.00.200 | Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces | S | S | R\$ 122,00 | - | 12 |
| 8.51.00.218 | Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces | S | S | R\$ 146,00 | - | 12 |
| 8.51.00.226 | Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces | S | S | R\$ 170,00 | - | 12 |
| 8.52.00.085 | Restauração temporária / tratamento expectante | N | N | R\$ 63,00 | - | 12 |
| 8.51.00.234 | Tratamento de fluorose - microabrasão | S | S | R\$ 130,00 | - | 12 |

Especialidade: Clínica Geral/ENDODONTIA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|-------------|--|-----------------|---------------|-------------|---|------------------|
| 8.51.00.013 | Capeamento pulpar direto | N | S | R\$ 109,00 | Poderá ser realizado, por odontopediatra, em crianças de até 13 anos incompletos, em dentes permanentes jovens ou devido a cáries extensas e em dentes decíduos. Necessário raio x inicial e final | 24 |
| 8.52.00.018 | Clareamento de dente desvitalizado | S | S | R\$ 209,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de tratamento em dentes permanentes, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio x inicial. | 24 |
| 8.51.00.056 | Curativo de demora em endodontia | N | S | R\$ 61,00 | - | 0 |
| 8.52.00.174 | Curativo endodôntico em situação de urgência | N | S | R\$ 76,00 | - | 24 |
| 8.52.00.034 | Pulpectomia | N | S | R\$ 123,00 | Consiste do atendimento de urgência, em casos de odontalgia aguda, com a abertura e remoção da câmara pulpar e canais radiculares, sem dar continuidade ao tratamento endodôntico. Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio x inicial. | 24 |

Especialidade: Clínica Geral/ENDODONTIA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|-------------|------------|-----------------|---------------|-------------|--|------------------|
| 8.52.00.042 | Pulpotomia | N | S | R\$ 111,00 | Consiste do atendimento de emergência em casos de odontalgia aguda, com a abertura e remoção da câmara pulpar, excluindo o tratamento endodôntico. Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio x inicial. | 24 |

Especialidade: Clínica Geral/PERIODONTIA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|--|-------------------------|
| 8.53.00.012 | Dessensibilização dentária | S | S | R\$ 67,00 | Por segmento. Deverá ter indicação no odontograma e justificativa formal. | 0 |
| 8.20.00.921 | Gengivectomia | S | S | R\$ 211,00 | Por segmento. | 0 |
| 8.53.00.020 | Imobilização dentária em dentes permanentes | S | S | R\$ 132,00 | 3 dentes | 0 |
| 8.53.00.055 | Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana) | S | S | R\$ 98,00 | Por hemiarcada. Somente será autorizado quando apresentada justificativa pelo profissional e houver identificação do fator de retenção no odontograma. | 0 |
| 8.53.00.063 | Tratamento de abscesso periodontal agudo | N | S | R\$ 117,00 | - | 0 |

Especialidade: Clínica Geral/PRÓTESE

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.54.00.025 | Ajuste Oclusal por desgaste seletivo | N | S | R\$ 118,00 | Em reabilitações protéticas a partir de 4 (quatro) elementos, poderão ser cobradas DUAS sessões de ajuste oclusal. | 12 |
| 8.54.00.092 | Coroa total acrílica prensada | N | S | R\$ 293,00 | - | 24 |
| 8.54.00.076 | Coroa provisória com pino | N | S | R\$ 134,00 | - | 24 |
| 8.54.00.106 | Coroa total em cerâmica pura | S | S | R\$ 950,00 | - | 24 |
| 8.54.00.149 | Coroa total metálica | S | S | R\$ 388,00 | - | 24 |
| 8.54.00.157 | Coroa total metalocerâmica | S | S | R\$ 862,00 | - | 24 |
| 8.54.00.084 | Coroa provisória sem pino | N | S | R\$ 134,00 | - | 24 |
| 8.54.00.181 | Faceta em cerâmica pura | S | S | R\$ 769,00 | - | 24 |
| 8.54.00.220 | Núcleo metálico fundido | S | S | R\$ 245,00 | Núcleo metálico fundido/Pilar para prótese aparafusada ou cimentada | 24 |
| 8.54.00.246 | Órtese miorrelaxante (placa oclusal estabilizadora) | S | S | R\$ 345,00 | Serão aceitas apenas placas rígidas. Não serão aceitas placas de silicone e correlatos. | 24 |
| 8.54.00.262 | Pino pré- fabricado | S | S | R\$ 176,00 | - | 24 |
| 8.54.00.599 | Planejamento em prótese | S | S | R\$ 151,00 | O planejamento em prótese não será autorizado para o mesmo profissional em prazo inferior a 6 (seis) meses, a contar do último tratamento realizado. O orçamento deverá ser planejado em única etapa. Inclui modelos de estudo e enceramento diagnóstico. | 24 |

Especialidade: Clínica Geral/PRÓTESE

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|--------------------------------------|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.54.00.475 | Reembasamento de coroa provisória | S | S | R\$ 49,00 | O reembasamento dos provisórios imediatos ou prensados só serão autorizados nos casos em que houver indicação de aumento de coroa clínica, núcleo metálico fundido e/ou pino pré-fabricado. | 24 |
| 8.54.00.467 | Recimentação de trabalhos protéticos | N | S | R\$ 55,00 | A cimentação de próteses no período de 2 (dois) anos após o tratamento está incluída na garantia do tratamento. | 24 |
| 8.54.00.505 | Remoção de trabalho protético | N | S | R\$ 64,00 | - | 24 |
| 8.54.00.513 | Restauração em cerâmica pura - inlay | S | S | R\$ 861,00 | - | 24 |
| 8.54.00.521 | Restauração em cerâmica pura - onlay | S | S | R\$ 861,00 | - | 24 |
| 8.54.00.530 | Restauração em cerômero - onlay | S | S | R\$ 572,00 | - | 24 |
| 8.54.00.548 | Restauração em cerômero - inlay | S | S | R\$ 572,00 | - | 24 |
| 8.54.00.556 | Restauração metálica fundida | S | S | R\$ 288,00 | - | 24 |

Especialidade: Clínica Geral/CIRURGIA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|--|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.20.00.239 | Biópsia de boca | N | S | R\$ 168,00 | - | 0 |
| 8.20.00.816 | Exodontia a retalho | S | S | R\$ 132,00 | A exodontia a retalho poderá ser utilizada por cirurgião buco-maxilo em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de cirurgia de decíduos retidos e/ou anquilosados. Em exodontia de dente decíduo para paciente acima de 13 (treze) anos, deverá ser aplicada a exodontia a retalho com perícias inicial e final. | 0 |
| 8.20.00.859 | Exodontia de raiz residual | S | S | R\$ 90,00 | - | 0 |
| 8.20.00.875 | Exodontia simples de permanente | S | S | R\$ 111,00 | - | 0 |
| 8.20.01.030 | Incisão e Drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial | N | S | R\$ 145,00 | - | 0 |
| 8.00.20.870 | Remoção de sutura intrabucal | S | S | R\$ 64,00 | Tratamento global. Poderá ser realizado por cirurgião buco-maxilo-facial em crianças de até 13 anos incompletos. | 0 |
| 8.20.01.715 | Ulotomia | S | S | R\$ 90,00 | Ulotomia/ulectomia: poderá ser realizado por cirurgião buco-maxilo-facial em crianças de até 13 anos incompletos. | 0 |

Especialidade: Clínica Geral/SEDAÇÃO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|-------------|--|-----------------|---------------|--------------|--|------------------|
| 8.20.01.448 | Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em odontologia | S | N | R\$ 1.007,00 | A sedação com óxido nitroso somente poderá ser realizada por profissional habilitado na área. Deverá constar relatório explicando o motivo da sedação. Tratamento por reembolso. | - |
| 8.20.01.456 | Sedação medicamentosa ambulatorial em odontologia | S | N | R\$ 1.007,00 | A sedação medicamentosa somente poderá ser realizada por médico anestesista. Deverá constar relatório explicando o motivo da sedação. Tratamento por reembolso. | - |

Especialidade: Cirurgia buco-maxilo-facial

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|--|-------------------------|
| 8.20.00.034 | Alveoloplastia | N | S | R\$ 142,00 | Por segmento | 0 |
| 8.20.00.050 | Amputação radicular com obturação retrógrada | S | S | R\$ 249,00 | Por raiz | 0 |
| 8.20.00.069 | Amputação radicular sem obturação retrógrada | S | S | R\$ 215,00 | Por raiz | 0 |
| 8.20.00.077 | Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada | N | S | R\$ 300,00 | - | 0 |
| 8.20.00.085 | Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada | N | S | R\$ 272,00 | - | 0 |
| 8.20.00.158 | Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada | N | S | R\$ 351,00 | - | 0 |
| 8.20.00.166 | Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada | N | S | R\$ 324,00 | - | 0 |
| 8.20.00.174 | Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada | N | S | R\$ 249,00 | - | 0 |
| 8.20.00.182 | Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada | N | S | R\$ 224,00 | - | 0 |
| 8.20.01.723 | Aplicação de laser pós cirúrgico | S | S | R\$ 73,00 | Por sessão. Serão liberadas em perícia inicial até 10 sessões. Caso não sejam suficientes, o profissional deverá justificar o número de sessões excedentes para apreciação em perícia inicial. | 0 |
| 8.20.00.190 | Aprofundamento/aumento de vestibulo | S | S | R\$ 152,00 | Por segmento | 0 |
| 8.20.00.298 | Bridectomia | S | S | R\$ 233,00 | - | 0 |

Especialidade: Cirurgia buco-maxilo-facial

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|--|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.00.20.010 | Cirurgia de Disjunção Maxilar | S | S | R\$ 2.685,00 | Tratamento autorizado somente por reembolso. | 0 |
| 8.00.20.020 | Cirurgia de Osteotomia e Osteoplastia da Mandíbula (Micrognatismo, Prognatismo e Laterognatismo) | S | S | R\$ 4.696,00 | Tratamento autorizado somente por reembolso. | 0 |
| 8.00.20.030 | Cirurgia de Osteotomia e Osteoplastia da Maxila | S | S | R\$ 4.696,00 | Tratamento autorizado somente por reembolso. | 0 |
| 8.00.20.040 | Cirurgia de Osteotomia e Osteoplastia do Mento | S | S | R\$ 3.355,00 | Tratamento autorizado somente por reembolso. | 0 |
| 8.00.20.050 | Cirurgia de Osteotomia e Osteoplastia de Mandíbula, Maxila e Mento | S | S | R\$ 10.732,00 | Tratamento autorizado somente por reembolso. | 0 |
| 8.00.20.060 | Cirurgia de Artroplastia de ATM | S | S | R\$ 4.696,00 | Tratamento autorizado somente por reembolso. | 0 |
| 8.20.00.360 | Cirurgia para torus mandibular – bilateral | N | S | R\$ 225,00 | - | 0 |
| 8.20.00.387 | Cirurgia para torus mandibular – unilateral | N | S | R\$ 134,00 | - | 0 |
| 8.20.00.395 | Cirurgia para torus palatino | N | S | R\$ 186,00 | - | 0 |
| 8.20.00.468 | Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial | N | S | R\$ 120,00 | - | 0 |
| 8.20.00.506 | Controle pós-operatório em odontologia | N | S | R\$ 95,00 | Tratamento global | 0 |
| 8.52.00.182 | Curetagem apical | N | S | R\$ 118,00 | Não pode ser associada à apicetomia. | 24 |

Especialidade: Cirurgia buco-maxilo-facial

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.10.00.189 | Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico | N | S | R\$ 97,00 | Planejamento pré-operatório e preservação pré-cirúrgica | 0 |
| 8.20.00.778 | Exérese ou excisão de cálculo salivar | N | S | R\$ 237,00 | - | 0 |
| 8.20.00.786 | Exérese ou excisão de cistos odontológicos | N | S | R\$ 251,00 | Poderá ser realizado por cirurgião buco-maxilo-facial em crianças de até 13 anos incompletos. | 0 |
| 8.20.00.794 | Exérese ou excisão de mucocele | N | S | R\$ 158,00 | - | 0 |
| 8.20.00.808 | Exérese ou excisão de rânula | N | S | R\$ 576,00 | - | 0 |
| 8.20.01.740 | Exodontia de incluso/impactado/supra numerário | S | S | R\$ 279,00 | - | 0 |
| 8.20.00.883 | Frenulectomia labial | S | S | R\$ 179,00 | Poderá ser realizado por cirurgião buco-maxilo-facial em crianças de até 13 anos incompletos. | 0 |
| 8.20.00.891 | Frenulectomia lingual | S | S | R\$ 179,00 | Poderá ser realizado por cirurgião buco-maxilo-facial em crianças de até 13 anos incompletos. | 0 |
| 8.20.01.022 | Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial | S | N | R\$ 145,00 | - | 0 |
| 8.20.01.030 | Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial | N | S | R\$ 145,00 | - | 0 |

Especialidade: Cirurgia buco-maxilo-facial

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.20.01.758 | Marsupialização de cistos odontológicos | N | S | R\$ 212,00 | - | 0 |
| 8.20.01.154 | Reconstrução de sulco gengivo-labial | N | S | R\$ 234,00 | - | 0 |
| 8.20.01.170 | Redução cruenta de fratura alvéolo dentária | N | S | R\$ 204,00 | - | 0 |
| 8.20.01.197 | Redução simples de luxação de Articulação têmporo-mandibular (ATM) | N | S | R\$ 383,00 | - | 0 |
| 8.20.01.243 | Regeneração tecidual guiada – RTG | S | S | R\$ 658,00 | Por dente | 0 |
| 8.20.01.251 | Reimplante dentário com contenção | S | S | R\$ 185,00 | Poderá ser realizado por cirurgião buco-maxilo-facial em crianças de até 13 anos incompletos. | 0 |
| 8.20.01.286 | Remoção de dentes inclusos / impactados | S | S | R\$ 279,00 | - | 0 |
| 8.20.01.332 | Remoção de implante dentário ósseo integrado no seio maxilar | N | S | R\$ 168,00 | - | 0 |
| 8.20.01.367 | Remoção de odontoma | N | S | R\$ 188,00 | - | 0 |
| 8.20.01.391 | Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região buco-maxilo-facial | N | S | R\$ 212,00 | - | 0 |
| 8.20.01.430 | Retirada dos meios de fixação da região buco-maxilo-facial | N | S | R\$ 145,00 | - | 0 |
| 8.20.01.464 | Sepultamento radicular | S | S | R\$ 176,00 | Por raiz | 0 |
| 8.20.01.502 | Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica | N | S | R\$ 175,00 | - | 0 |
| 8.20.01.510 | Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal | N | S | R\$ 212,00 | - | 0 |

Especialidade: Cirurgia buco-maxilo-facial

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|--|------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-------------------------|
| 8.20.01.529 | Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal | N | S | R\$ 212,00 | - | 0 |
| 8.20.01.553 | Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial | N | S | R\$ 309,00 | - | 0 |
| 8.20.01.588 | Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial | N | S | R\$ 309,00 | - | 0 |
| 8.20.01.596 | Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial | N | S | R\$ 351,00 | - | 0 |
| 8.20.01.618 | Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial | N | S | R\$ 576,00 | - | 0 |
| 8.20.01.650 | Tratamento de alveolite | N | S | R\$ 64,00 | - | 0 |
| 8.20.01.669 | Tratamento odontológico regenerativo com enxerto de osso autógeno | N | S | R\$ 380,00 | Por dente | 0 |
| 8.20.01.073 | Odonto-secção | S | S | R\$ 176,00 | Por dente | 0 |

Especialidade: Odontopediatria

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.40.00.112 | Aplicação tópica de verniz fluoretado | N | N | R\$ 45,00 | Por sessão e no máximo de 4 sessões. Indicado somente para crianças até 4 anos e liberado de seis em seis meses. Se houver indicação para maior número de vezes, o paciente deverá ser encaminhado para perícia inicial. | 6 |
| 8.60.00.144 | Arco lingual | S | S | R\$ 334,00 | Deverá constar laudo do profissional na realização da perícia inicial. | 12 |
| 8.10.00.014 | Condicionamento em Odontologia | S | N | R\$ 68,00 | Por sessão e no máximo de 2 sessões. | 12 |
| 8.30.00.046 | Coroa de aço em dente decíduo | S | S | R\$ 112,00 | - | 12 |
| 8.20.00.557 | Cunha proximal | S | S | R\$ 214,00 | Poderá ser realizado por odontopediatra ou por periodontista em crianças de até 13 anos incompletos para remoção de capuz gengival na face oclusal ou em outras, em dentes recém-irrompidos, onde há necessidade de restauração ou selamento. | 0 |
| 8.10.00.189 | Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico | N | S | R\$ 97,00 | Planejamento pré-operatório e preservação pré-cirúrgica | 0 |
| 8.30.00.089 | Exodontia simples de decíduo | N | N | R\$ 55,00 | Em exodontia de dente decíduo para paciente acima de 13 (treze) anos, deverá ser aplicado o código referente a exodontia simples de permanente, com perícias inicial e final. | 0 |
| 8.20.00.883 | Frenulectomia labial | S | S | R\$ 179,00 | Poderá ser realizado por cirurgião buco-maxilo-facial em crianças de até 13 anos incompletos. | 0 |
| 8.20.00.891 | Frenulectomia lingual | S | S | R\$ 179,00 | Poderá ser realizado por cirurgião buco-maxilo-facial em crianças de até 13 anos incompletos. | 0 |

Especialidade: Odontopediatria

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|--|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.60.00.314 | Grade palatina fixa | S | S | R\$ 334,00 | Deverá constar laudo do profissional na realização da perícia inicial. | 12 |
| 8.60.00.322 | Grade palatina removível | S | S | R\$ 192,00 | Deverá constar laudo do profissional na realização da perícia inicial. | 12 |
| 8.50.00.787 | Imobilização dentária em dentes decíduos | S | S | R\$ 132,00 | 3 dentes | 0 |
| 8.30.00.097 | Mantenedor de espaço fixo | S | S | R\$ 176,00 | - | 12 |
| 8.30.00.100 | Mantenedor de espaço removível | S | S | R\$ 176,00 | - | 12 |
| 8.60.00.470 | Placa de Hawley - com torno expansor | S | S | R\$ 324,00 | Deverá constar laudo do profissional na realização da perícia inicial. | - |
| 8.60.00.535 | Placa lábio-ativa | S | S | R\$ 294,00 | Deverá constar laudo do profissional na realização da perícia inicial. | 12 |
| 8.60.00.551 | Plano inclinado | S | S | R\$ 200,00 | - | 12 |
| 8.30.00.127 | Pulpotomia em dente decíduo | N | S | R\$ 90,00 | - | 12 |
| 8.60.00.560 | Quadrihélice | S | S | R\$ 415,00 | Deverá constar laudo do profissional na realização da perícia inicial. | 12 |
| 8.20.01.251 | Reimplante dentário com contenção | S | S | R\$ 185,00 | Poderá ser realizado por cirurgião buco-maxilo-facial em crianças de até 13 anos incompletos. | 0 |
| 8.40.00.244 | Teste de fluxo salivar | N | S | R\$ 102,00 | Inclui o teste de fluxo salivar e teste de risco de cárie | 0 |
| 8.30.00.151 | Tratamento endodôntico em dente decíduo | N | S | R\$ 221,00 | - | 12 |

Especialidade: Endodontia

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|--|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.52.00.182 | Curetagem apical | N | S | R\$ 118,00 | Não pode ser associada à apicetomia. | 24 |
| 8.20.00.786 | Exérese ou excisão de cistos odontológicos | N | S | R\$ 251,00 | Poderá ser realizado por cirurgião buco-maxilo-facial em crianças de até 13 anos incompletos. | 0 |
| 8.52.00.026 | Preparo para núcleo intrarradicular | N | S | R\$ 71,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio-x inicial e final. | 24 |
| 8.52.00.050 | Remoção de corpo estranho intracanal | N | S | R\$ 78,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio-x inicial e final. | 24 |
| 8.52.00.077 | Remoção de núcleo intrarradicular | N | S | R\$ 139,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio-x inicial e final. | 24 |
| 8.52.00.093 | Retratamento endodôntico birradicular | N | S | R\$ 391,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio-x inicial e final. | 24 |

Especialidade: Endodontia

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.52.00.107 | Retratamento endodôntico multirradicular | N | S | R\$ 653,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio-x inicial e final. | 24 |
| 8.52.00.115 | Retratamento endodôntico unirradicular | N | S | R\$ 284,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio-x inicial e final. | 24 |
| 8.52.00.123 | Tratamento de perfuração endodôntica | N | S | R\$ 150,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio-x inicial e final. | 24 |
| 8.52.00.131 | Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta | N | S | R\$ 85,00 | Necessário raio-x inicial e final. Por Sessão. | 24 |
| 8.52.00.140 | Tratamento endodôntico birradicular | N | S | R\$ 322,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio-x inicial e final. | 24 |

Especialidade: Endodontia

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.52.00.158 | Tratamento endodôntico multirradicular | N | S | R\$ 481,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio-x inicial e final. | 24 |
| 8.52.00.166 | Tratamento endodôntico unirradicular | N | S | R\$ 233,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio-x inicial e final. | 24 |
| 8.20.00.077 | Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada | N | S | R\$ 300,00 | - | 0 |
| 8.20.00.085 | Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada | N | S | R\$ 272,00 | - | 0 |
| 8.20.00.158 | Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada | N | S | R\$ 351,00 | - | 0 |
| 8.20.00.166 | Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada | N | S | R\$ 324,00 | - | 0 |
| 8.20.00.174 | Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada | N | S | R\$ 249,00 | - | 0 |
| 8.20.00.182 | Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada | N | S | R\$ 224,00 | - | - |

Especialidade: Periodontia

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|--|-------------------------|
| 8.20.00.034 | Alveoloplastia | N | S | R\$ 142,00 | Por segmento | 0 |
| 8.20.00.050 | Amputação radicular com obturação retrógrada | S | S | R\$ 249,00 | Por raiz | 0 |
| 8.20.00.069 | Amputação radicular sem obturação retrógrada | S | S | R\$ 215,00 | Por raiz | 0 |
| 8.20.00.077 | Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada | N | S | R\$ 300,00 | - | 0 |
| 8.20.00.085 | Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada | N | S | R\$ 272,00 | - | 0 |
| 8.20.00.158 | Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada | N | S | R\$ 351,00 | - | 0 |
| 8.20.00.166 | Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada | N | S | R\$ 324,00 | - | 0 |
| 8.20.00.174 | Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada | N | S | R\$ 249,00 | - | 0 |
| 8.20.00.182 | Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada | N | S | R\$ 224,00 | - | 0 |
| 8.20.00.190 | Aprofundamento/aumento de vestíbulo | S | S | R\$ 152,00 | Por segmento | 0 |
| 8.20.00.212 | Aumento de coroa clínica | S | S | R\$ 208,00 | Por dente | 0 |
| 8.20.00.298 | Bridectomia | S | S | R\$ 233,00 | - | 0 |
| 8.20.00.417 | Cirurgia periodontal a retalho | S | S | R\$ 215,00 | Poderá ser realizado por periodontista em crianças de até 13 anos incompletos, em caso de aumento de coroa clínica para eventuais restaurações em dentes recém-irrompidos, ou lesões subgengivais, mediante solicitação de odontopediatra. | 0 |

| Especialidade: Periodontia | | | | | | |
|----------------------------|---|-----------------|---------------|-------------|---|------------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
| 8.40.00.163 | Controle de biofilme (placa bacteriana) | N | N | R\$ 48,00 | Tratamento global | 6 |
| 8.20.00.506 | Controle pós-operatório em odontologia | N | S | R\$ 95,00 | Tratamento global | 0 |
| 8.20.00.557 | Cunha proximal | S | S | R\$ 214,00 | Poderá ser realizado por odontopediatra ou por periodontista em crianças de até 13 anos incompletos para remoção de capuz gengival na face oclusal ou em outras, em dentes recém-irrompidos, onde há necessidade de restauração ou selamento. | 0 |
| 8.10.00.189 | Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico | N | S | R\$ 97,00 | Planejamento pré-operatório e preservação pré-cirúrgica | 0 |
| 8.10.00.219 | Diagnóstico e tratamento de halitose | S | S | R\$ 730,00 | Somente poderá ser realizado por periodontista autorizado, mediante a apresentação dos resultados de fluxo salivar e halitometria, que deverão ser encaminhados para perícia inicial. | 0 |
| 8.20.00.646 | Enxerto conjuntivo subepitelial | S | S | R\$ 263,00 | Por dente | 0 |
| 8.20.00.662 | Enxerto gengival livre | S | S | R\$ 271,00 | Por dente | 0 |
| 8.20.00.689 | Enxerto pediculado | S | S | R\$ 214,00 | Por dente | 0 |
| 8.20.00.883 | Frenulectomia labial | S | S | R\$ 179,00 | Poderá ser realizado por cirurgião buco-maxilo-facial em crianças de até 13 anos incompletos. | 0 |
| 8.20.00.891 | Frenulectomia lingual | S | S | R\$ 179,00 | Poderá ser realizado por cirurgião buco-maxilo-facial em crianças de até 13 anos incompletos. | 0 |
| 8.00.40.430 | Halitometria | S | S | R\$ 50,00 | - | 6 |

Especialidade: Periodontia

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|--|------------------------|----------------------|--------------------|--|-------------------------|
| 8.53.00.098 | Manutenção periodontal | N | N | R\$ 202,00 | No caso de necessidade de manutenção periodontal em prazo inferior a 6 meses, encaminhar o paciente para perícia inicial. | 6 |
| 8.20.01.073 | Odonto-secção | S | S | R\$ 176,00 | Por dente | 0 |
| 8.00.53.350 | Prevenção Periodontal (profilaxia, orientação de higiene bucal e aplicação de flúor) | N | N | R\$ 147,00 | 4 hemiarcadas | 6 |
| 8.53.00.039 | Raspagem sub-gengival/alisamento radicular | S | S | R\$ 105,00 | Por segmento. Os pacientes devem ser encaminhados para perícia inicial portando documentação radiográfica e periograma com registro de profundidade de bolsas periodontais e das recessões gengivais. As raspagens supra e subgengival não poderão ser cobradas concomitantemente com a prevenção (8.00.40.500) e nem concomitantemente para o mesmo segmento. | 6 |
| 8.53.00.047 | Raspagem supra-gengival | S | S | R\$ 90,00 | Por segmento. Os pacientes devem ser encaminhados para perícia inicial portando documentação radiográfica e periograma com registro de profundidade de bolsas periodontais e das recessões gengivais. As raspagens supra e subgengival não poderão ser cobradas concomitantemente com a prevenção (8.00.40.500) e nem concomitantemente para o mesmo segmento. | 6 |
| 8.20.01.243 | Regeneração tecidual guiada – RTG | S | S | R\$ 658,00 | Por dente | 0 |

Especialidade: Periodontia

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|--|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.20.01.286 | Remoção de dentes inclusos / impactados | S | S | R\$ 279,00 | - | 0 |
| 8.20.01.464 | Sepultamento radicular | S | S | R\$ 176,00 | Por raiz | 0 |
| 8.40.00.244 | Teste de fluxo salivar | N | S | R\$ 102,00 | Inclui o teste de fluxo salivar e teste de risco de cárie | 0 |
| 8.53.00.063 | Tratamento de abscesso periodontal agudo | N | S | R\$ 117,00 | Por dente | 6 |

Especialidade: Prótese

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|--|-------------------------|
| 8.54.00.033 | Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório) | N | S | R\$ 118,00 | Inclusive reparo e/ou substituição de elementos | 24 |
| 8.54.00.050 | Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório) | N | S | R\$ 118,00 | Inclusive reparo e/ou substituição de elementos | 24 |
| 8.00.54.270 | Encaixe fêmea/ macho por elemento | S | S | R\$ 730,00 | - | 24 |
| 8.54.00.203 | Guia cirúrgico para prótese total imediata | S | S | R\$ 176,00 | O guia cirúrgico deverá ser encaminhado para perícia final. | 24 |
| 8.54.00.254 | Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora) | S | S | R\$ 388,00 | - | 24 |
| 8.52.00.026 | Preparo para núcleo intrarradicular | N | S | R\$ 71,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio-x inicial e final. | 24 |
| 8.54.00.289 | Prótese fixa adesiva direta (provisória) | S | S | R\$ 294,00 | - | 24 |
| 8.54.00.297 | Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free) | S | S | R\$ 1.324,00 | 3 elementos | 24 |
| 8.54.00.300 | Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica | S | S | R\$ 1.233,00 | 3 elementos | 24 |
| 8.54.00.319 | Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica | S | S | R\$ 965,00 | 3 elementos | 24 |
| 8.54.00.335 | Prótese parcial fixa em metalo cerâmica | S | S | R\$ 961,00 | Por elemento | 24 |

Especialidade: Prótese

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|--|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.54.00.343 | Prótese parcial fixa em metalo plástica | S | S | R\$ 669,00 | Por elemento | 24 |
| 8.54.00.378 | Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão | S | S | R\$ 1.576,00 | O paciente só deverá ser encaminhado para perícia final após o tempo mínimo de 1 (uma) semana de uso da prótese, com os ajustes realizados. | 24 |
| 8.54.00.386 | Prótese parcial removível com grampos bilateral | S | S | R\$ 1.359,00 | O paciente só deverá ser encaminhado para perícia final após o tempo mínimo de 1 (uma) semana de uso da prótese, com os ajustes realizados. | 24 |
| 8.54.00.394 | Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos | S | S | R\$ 742,00 | - | 24 |
| 8.54.00.408 | Prótese total | S | S | R\$ 1.267,00 | O paciente só deverá ser encaminhado para perícia final após o tempo mínimo de 1 (uma) semana de uso da prótese, com os ajustes realizados. | 24 |
| 8.54.00.416 | Prótese total imediata | S | S | R\$ 1.079,00 | O paciente só deverá ser encaminhado para perícia final após o tempo mínimo de 1 (uma) semana de uso da prótese, com os ajustes realizados. | 24 |
| 8.54.00.602 | Ponto de solda | S | S | R\$ 143,00 | - | 24 |
| 8.54.00.610 | Prótese total caracterizada | S | S | R\$ 1.901,00 | O paciente só deverá ser encaminhado para perícia final após o tempo mínimo de 1 (uma) semana de uso da prótese, com os ajustes realizados. | 24 |

Especialidade: Prótese

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|---|------------------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------|
| 8.54.00.483 | Reembasamento de prótese total ou parcial - imediato (em consultório) | S | S | R\$ 206,00 | - | 24 |
| 8.54.00.491 | Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório) | S | S | R\$ 240,00 | - | 24 |
| 8.52.00.077 | Remoção de núcleo intrarradicular | N | S | R\$ 139,00 | Poderá ser realizado por endodontista em crianças de até 13 anos incompletos quando se tratar de dente permanente, mediante encaminhamento do odontopediatra. Necessário raio-x inicial e final. | 24 |

Especialidade: Radiologia

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|-------------|--|-----------------|---------------|-------------|---|------------------|
| 8.10.00.553 | Documentação odontológica em mídia digital | N | N | R\$ 37,00 | - | 0 |
| 8.10.00.278 | Fotografia | N | N | R\$ 18,00 | - | 0 |
| 8.10.00.308 | Modelos ortodônticos | N | N | R\$ 76,00 | - | 0 |
| 8.00.10.334 | Panorâmica com traçado | N | N | R\$ 111,00 | - | 0 |
| 8.10.00.340 | Radiografia da ATM | N | N | R\$ 142,00 | Série completa - 3 incidências | 0 |
| 8.10.00.367 | Radiografia da mão e punho - carpal | N | N | R\$ 78,00 | - | 0 |
| 8.10.00.375 | Radiografia interproximal - bite-wing | N | N | R\$ 18,00 | Quando for efetuada solicitação para série completa (4 bite-wing e 14 periapicais), o beneficiário somente poderá realizar os procedimentos em clínica especializada em radiologia. | 0 |
| 8.10.00.383 | Radiografia oclusal | N | N | R\$ 33,00 | - | 0 |
| 8.10.00.405 | Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) | N | N | R\$ 68,00 | - | 0 |
| 8.10.00.421 | Radiografia periapical | N | N | R\$ 18,00 | Quando for efetuada solicitação para série completa (14 periapicais), o beneficiário somente poderá realizar os procedimentos em clínica especializada em radiologia. | 0 |
| 8.10.00.430 | Radiografia póstero-anterior | N | N | R\$ 66,00 | - | 0 |
| 8.10.00.472 | Telerradiografia | N | N | R\$ 66,00 | - | 0 |
| 8.10.00.480 | Telerradiografia com traçado cefalométrico | N | N | R\$ 90,00 | - | 0 |

Especialidade: Radiologia

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|-------------|---|-----------------|---------------|-------------|--|------------------|
| 8.00.10.403 | Tomografia Computadorizada da articulação têmporo-mandibular ATM - bilateral | S | N | R\$ 411,00 | As tomografias incluem: imagem panorâmica, imagem 3 d, imagem axial e cortes transaxiais das regiões de interesse. | 0 |
| 8.00.10.402 | Tomografia Computadorizada da articulação têmporo-mandibular ATM - unilateral | S | N | R\$ 247,00 | As tomografias incluem: imagem panorâmica, imagem 3 d, imagem axial e cortes transaxiais das regiões de interesse. | 0 |
| 8.00.10.405 | Tomografia Computadorizada de Crânio Total | S | N | R\$ 377,00 | As tomografias incluem: imagem panorâmica, imagem 3 d, imagem axial e cortes transaxiais das regiões de interesse. | 0 |
| 8.00.10.406 | Tomografia Computadorizada de Crânio Total com Análise Cefalométrica Tridimensional | S | N | R\$ 426,00 | As tomografias incluem: imagem panorâmica, imagem 3 d, imagem axial e cortes transaxiais das regiões de interesse. | 0 |
| 8.00.10.401 | Tomografia Computadorizada de Maxila ou Mandíbula Total | S | N | R\$ 414,00 | As tomografias incluem: imagem panorâmica, imagem 3 d, imagem axial e cortes transaxiais das regiões de interesse. | 0 |
| 8.00.10.404 | Tomografia Computadorizada dos seios da face | S | N | R\$ 411,00 | As tomografias incluem: imagem panorâmica, imagem 3 d, imagem axial e cortes transaxiais das regiões de interesse. | 0 |
| 8.00.10.393 | Tomografia Computadorizada para 1 dente | S | N | R\$ 150,00 | As tomografias incluem: imagem panorâmica, imagem 3 d, imagem axial e cortes transaxiais das regiões de interesse. | 0 |

Especialidade: Radiologia

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|-------------|--|-----------------|---------------|-------------|--|------------------|
| 8.00.10.398 | Tomografia Computadorizada para 2 dentes na mesma arcada | S | N | R\$ 215,00 | As tomografias incluem: imagem panorâmica, imagem 3 d, imagem axial e cortes transaxiais das regiões de interesse. | 0 |
| 8.00.10.399 | Tomografia Computadorizada para 3 dentes na mesma arcada | S | N | R\$ 282,00 | As tomografias incluem: imagem panorâmica, imagem 3 d, imagem axial e cortes transaxiais das regiões de interesse. | 0 |
| 8.00.10.400 | Tomografia Computadorizada para 4 dentes na mesma arcada | S | N | R\$ 349,00 | As tomografias incluem: imagem panorâmica, imagem 3 d, imagem axial e cortes transaxiais das regiões de interesse. | 0 |
| 8.00.10.500 | Escaneamento Intra - Oral (por arcada) | N | N | R\$ 110,88 | Imagens/Arquivo em formato STL para uso odontológico | 0 |
| 8.00.10.501 | Escaneamento Facial | N | N | R\$ 142,80 | Imagens/Arquivo em formato STL para uso odontológico | 0 |
| 8.00.10.502 | Impressão de Modelo 3D (um par) | N | N | R\$ 84,00 | Imagens/Arquivo em formato STL para uso odontológico | 0 |

Especialidade: Disfunção Temporomandibular

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | PERÍCIA INICIAL | PERÍCIA FINAL | VALOR (R\$) | OBSERVAÇÃO | CARÊNCIA (MESES) |
|---------------|--|------------------------|----------------------|--------------------|--|-------------------------|
| 8.00.80.010 | Avaliação para Diagnóstico e Tratamento de DTM | N | N | R\$ 176,00 | Corresponde à consulta inicial de investigação (composta de uma ou mais visitas) para definir o diagnóstico e prognóstico e consequente proposta de tratamento ou encaminhamento. Não poderá ser cobrado em conjunto com consulta inicial e consulta de controle. | 6 |
| 8.00.80.020 | Tratamento de DTM | S | S | R\$ 128,00 | Por sessão, no máximo de 10 sessões. Consiste na orientação, avaliação e/ou correção de hábitos parafuncionais com ênfase no aspecto cognitivo comportamental e na atenção às dores agudas presentes. Estão incluídos a administração de fármacos, infiltrações com anestésicos, ajustes oclusais e jig. | 24 |
| 8.54.00.254 | Órtese reposicionadora (placa oclusal reposicionadora) | S | S | R\$ 388,00 | - | 24 |