



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

Tabela Odontológica

Cirurgia Buco-maxilo-facial

Vigência a partir de 02/05/2019

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