



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

## Tabela Odontológica

### Clínica Geral

Vigência a partir de 02/05/2019

**Especialidade: Clínica Geral/DIAGNOSE**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PERÍCIA INICIAL</b>	<b>PERÍCIA FINAL</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>	<b>CARÊNCIA (MESES)</b>
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**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PERÍCIA INICIAL</b>	<b>PERÍCIA FINAL</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>	<b>CARÊNCIA (MESES)</b>
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**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PERÍCIA INICIAL</b>	<b>PERÍCIA FINAL</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>	<b>CARÊNCIA (MESES)</b>
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**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PERÍCIA INICIAL</b>	<b>PERÍCIA FINAL</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>	<b>CARÊNCIA (MESES)</b>
8.51.00.250	Aplicação de laser terapêutico	S	N	R\$ 116,71	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**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PERÍCIA INICIAL</b>	<b>PERÍCIA FINAL</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>	<b>CARÊNCIA (MESES)</b>
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**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PERÍCIA INICIAL</b>	<b>PERÍCIA FINAL</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>	<b>CARÊNCIA (MESES)</b>
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**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PERÍCIA INICIAL</b>	<b>PERÍCIA FINAL</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>	<b>CARÊNCIA (MESES)</b>
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**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PERÍCIA INICIAL</b>	<b>PERÍCIA FINAL</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>	<b>CARÊNCIA (MESES)</b>
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**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PERÍCIA INICIAL</b>	<b>PERÍCIA FINAL</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>	<b>CARÊNCIA (MESES)</b>
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**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PERÍCIA INICIAL</b>	<b>PERÍCIA FINAL</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>	<b>CARÊNCIA (MESES)</b>
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**

<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PERÍCIA INICIAL</b>	<b>PERÍCIA FINAL</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>	<b>CARÊNCIA (MESES)</b>
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. <b>Tratamento por reembolso.</b>	-
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. <b>Tratamento por reembolso.</b>	-