



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 subgingival, 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\$ 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

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\$ 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
8.20.00.190	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 expensor	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 subgingivais, 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 pósterio-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