



VIGÊNCIA 1º/03/2023

I - INSTRUÇÕES GERAIS

- Os valores previstos nesta Tabela são estabelecidos pela Direção da Secretaria de Bem-Estar Social - PRO-SOCIAL.
- Honorários em casos de internação hospitalar:
 - Cirurgião-dentista principal - Acréscimo de 100% do valor da tabela odontológica.
 - 1º Auxiliar - 30% do valor recebido pelo cirurgião.
 - 2º Auxiliar - 20% do valor recebido pelo cirurgião.
 - Serão observadas as vias de acesso e condições de uni ou bilateralidade para cálculo dos valores.
- Os tratamentos acima de R\$ 1.000,00 deverão ser encaminhados para auditoria prévia e final, após o término do tratamento.
 - Os tratamentos com valor abaixo de R\$ 1.000,00 não necessitam de autorização, salvo os casos especificados nesta LPO.
 - Surgindo nova necessidade no decorrer do tratamento que aumente o valor do tratamento para acima da margem determinada, o paciente deverá ser encaminhado para auditoria.
 - Caso seja necessário incluir novos procedimentos o paciente deverá ser encaminhado para auditoria intermediária.
- O TRF não se responsabilizará por despesas referentes a atendimentos realizados em desacordo com as normas vigentes.
- O Programa cobre o tratamento restaurador/reparador, não inclui procedimentos de exclusivo apelo estético.

II - CONSULTA

- As consultas poderão ser faturadas na mesma guia dos demais procedimentos (GTO).
- Serão considerados Consulta de Urgência os atendimentos iniciados após as 22 horas até as 6 horas do dia seguinte, nos dias úteis, e em qualquer horário nos sábados, domingos e feriados.
 - Os atendimentos de urgência serão cobrados considerando o código de consulta cabível mais o o(s) código(s) do(s) procedimento(s) emergencial(is) efetivamente realizado(s).
 - Em caso de urgência, a auditoria prévia fica dispensada. Caso, haja continuidade de tratamento, o paciente deverá ser encaminhado para auditoria inicial para autorização dos demais procedimentos a serem realizados.
- Entende-se por Falta atendimento não desmarcado até o prazo de 4 horas antes do horário agendado, que não apresente justificativa.
 - Deverá ser atestado pelo beneficiário.
 - Permitida a cobrança de no máximo duas faltas, não consecutivas, em Guia de Tratamento Odontológico - GTO específica.
- Os códigos de auditoria e vistoria são relativos aos serviços quando realizados por profissionais credenciados para este fim.

III - RADIOLOGIA

- Os procedimentos radiológicos serão faturados em Guia de Tratamento Odontológico - GTO, acompanhadas do pedido discriminado.
- Para a documentação ortodôntica será necessária autorização prévia do Pro-Social, avaliada a carência mínima de 6 meses.
- O código de telerradiografia com traçado computadorizado será pago uma única vez, independente do número de traçados e/ou análises solicitados.
- As tomografias deverão ser solicitadas com a indicação clínica expressa, e o pedido original deverá ser anexado à guia de cobrança.

IV - PREVENÇÃO

- Não será autorizado desmembramento entre o tratamento preventivo e o restaurador ou protético subsequente, quando realizados pelo mesmo profissional.
- Se houver tratamento periodontal em andamento ou previsto, não será autorizado o tratamento preventivo por outro profissional.
- Orientação de higiene bucal - cód. 520 - e controle de placa bacteriana - cód. 540 - são autorizados somente para especialistas em periodontia e odontopediatria.
 - É autorizado ao periodontista 03 sessões de controle de placa
 - É autorizado ao odontopediatra 01 sessão de controle de placa
- Os tratamentos correspondentes aos códigos de prevenção somente serão autorizados 2 (duas) vezes no período de 1 (um) ano, observado o intervalo mínimo de **180 (cento e oitenta) dias** da data de realização do procedimento.
 - Quando houver necessidade de intervalos menores, o cirurgião-dentista deverá mandar relatório do quadro clínico do paciente para auditoria prévia.

V - ODONTOPEDIATRIA

- Os tratamentos realizados na especialidade de odontopediatria destinam-se aos beneficiários com idade de até 13 anos incompletos.
- As carências estabelecidas para os tratamentos nas demais especialidades aplicam-se, também, à odontopediatria.
- A remineralização será de acordo com a avaliação de risco de cárie do paciente. Em média, 4 sessões de flúor, confirmadas pela assinatura do paciente/responsável no verso da GTO com as datas respectivas.
- O código 610 - Aplicação tópica de flúor-verniz - somente será liberado em intervalo inferior a seis meses nos casos em que o paciente esteja em tratamento ortodôntico ou que apresente alto risco de cárie, em laudo enviado para avaliação da auditoria prévia.
- Selantes:
 - O código 630 - Aplicação de selante invasivo - deverá obedecer aos seguintes critérios: idade do paciente, erupção e risco de cárie, estando condicionado à apreciação do serviço de auditoria prévia.
 - Na aplicação de selantes já está incluída a Profilaxia.
 - Esse tratamento tem garantia mínima de um ano.
 - O pagamento é por elemento e não por sulco ou face.
 - Não será autorizado selante sobre restauração.
- O Programa autorizará a Adequação do Meio Bucal somente para crianças com alto risco de cárie. Esse procedimento não poderá ser autorizado conjuntamente ao tratamento restaurador definitivo.
 - Para crianças com alto risco de cárie deverá ser encaminhado laudo para auditoria prévia, com a justificativa para o procedimento.
- A restauração em ionômero de vidro será paga somente para dentes decíduos.

7.1. Não pode ser cobrada em conjunto com o cód. 620 - Aplicação de selante. Nesse caso deve ser usado o cód. 690 - Restauração preventiva.

8. O capeamento pulpar em decíduos será autorizado somente quando envolver apenas um elemento dentário.

8.1. mais de um dente, deve ser utilizado os códigos de Adequação do meio bucal (660 ou 670)

VI - DENTÍSTICA

1. As restaurações terão a carência mínima de um ano.
2. Todos os procedimentos incluídos na especialidade de Dentística serão autorizados para os credenciados das especialidades de Clínica Geral, Dentística, Prótese e Odontopediatria.
3. Os núcleos de preenchimento somente serão autorizados em dentes que receberão tratamento protético e/ou após a realização de procedimentos endodônticos.
4. Será considerada, para efeito de planejamento e pagamento, a nomenclatura e classificação das cavidades de Black.

VII - ENDODONTIA

1. Os tratamentos endodônticos terão a carência mínima de dois anos.
2. O código 2110 - Clareamento ou Recromia - será autorizado apenas para dentes anteriores.
 - 2.1. Poderá ser realizado por clínico geral ou odontopediatra.
3. O código 2120 - Preparo para núcleo intraradicular poderá ser realizado por protesista.
4. Nos planos de tratamento endodôntico, serão autorizadas, no máximo, 04 radiografias por elemento dentário.
5. A cobrança de urgência endodôntica - cód. 2140 - exclui a cobrança da consulta. Deve ser colocado também os códigos referentes aos procedimentos efetivamente realizados.
6. Será autorizada a cobrança dos códigos 2220 e 2230 apenas uma vez para cada dente tratado endodonticamente, se efetivamente realizados.

VIII - PERIODONTIA

1. Os códigos de tratamento de periodontite leve, média ou grave não serão pagos para a mesma região, nem associados com tratamento de gengivite.
 - 1.1. A associação desses códigos com procedimentos cirúrgicos está autorizada somente em casos com finalidade protética.
3. Serão autorizadas no máximo 3 sessões de controle de placa bacteriana para periodontistas, confirmadas pela assinatura do paciente/responsável no campo específico da GTO com as datas de efetiva realização.
4. O código 3050-dessensibilização será pago por segmento, independente da técnica e/ou número de sessões realizadas. É imprescindível a marcação no odontograma.
5. O código 3080 - remoção de fatores de retenção - somente será autorizado quando apresentada justificativa pelo profissional e identificação do fator de retenção no odontograma.
6. Cada arcada tem 3 segmentos, ou dois hemi-arcs. O segmento será considerado quando estiverem presentes, no mínimo, 03 dentes. Na hipótese em que se achem os elementos distantes uns dos outros, cada três dentes serão considerados um segmento.
7. A preservação pré-cirúrgica e a manutenção do tratamento cirúrgico deverão ser solicitadas à parte da terapia periodontal básica, respeitando-se o intervalo de 30 dias.
 - 7.1. Para intervalo menor, deverá ser feito contato com a auditoria para aprovação.
 - 7.2. Esses códigos só poderão solicitados associados a cirurgias periodontais.
8. Não serão liberados para o mesmo segmento mais de um código de cirurgia. Excepcionalmente poderá ser requerido por escrito à auditoria que avaliará a solicitação.
9. Os tratamentos regenerativos só serão autorizados para correção de problemas periodontais.
10. Para os códigos 3010 e 3020 deverá ser apresentado periograma anexado à GTO para auditoria inicial ou faturamento, de acordo com o valor total do tratamento.
 - 10.1. Será considerado periodontite leve a região que apresentar bolsa de 3 a 5mm.
 - 10.2. Será considerado periodontite avançada a região que apresentar bolsa a partir de 6mm.
11. Os tratamentos correspondentes aos códigos de prevenção somente serão autorizados 2 (duas) vezes no período de 1 (um) ano, observado o intervalo mínimo de 06 (seis) meses da data de realização do procedimento.
 - 11.1. Quando houver necessidade de intervalos menores, o cirurgião-dentista deverá mandar relatório do quadro clínico do paciente para auditoria prévia.

IX - PRÓTESE

1. O planejamento é de responsabilidade do profissional, que deverá levar em consideração possíveis hábitos para-funcionais existentes. Não poderá ser imputada responsabilidade posterior à conclusão do tratamento ao paciente.
2. O pagamento dos códigos 4010 e 4020 - Planejamento em prótese e enceramento diagnóstico - será autorizado como 1ª etapa de uma reabilitação oral, devendo vir para auditoria inicial em GTO separada. O planejamento e os modelos de estudo deverão ser apresentados para liberação do restante do tratamento.
3. Os tratamentos protéticos somente serão autorizados após liberação do periodontista e endodontista, por escrito, conforme o caso.
4. Os procedimentos na especialidade de prótese terão a carência mínima de dois anos.
 - 4.1. A cimentação de próteses no período de 2 (dois) anos após o tratamento está incluída na carência do tratamento.
5. Entende-se por reabilitação protética a confecção de prótese total ou parcial removível, prótese fixa com mais de 03 elementos ou, no mínimo, 3 restaurações indiretas.
6. Podem ser solicitados até duas sessões de ajuste oclusal para todo o tratamento de reabilitação protética.
 - 6.1. Se envolver apenas superfícies dentárias deverá ser utilizado o código de Desgaste seletivo, até 02 sessões.
7. Os procedimentos de prótese podem ser realizados pelos profissionais de dentística e clínica geral, exceto as próteses fixas com mais de 03 elementos, isoladas ou em conjunto, prótese total e prótese parcial removível.
8. Próteses fixas serão pagas por elemento levando-se em consideração o tipo de preparo e o material utilizado para cada elemento. Poderá ser pago até um ponto de solda para cada três elementos.

X - CIRURGIA

1. O paciente deverá comparecer à auditoria final munido de radiografias pré e pós-tratamento.
2. Os tratamentos de complicações pós-cirúrgicas estão incluídos nos custos dos procedimentos.
3. Os procedimentos incluídos nos códigos 5010, 5020, 5030, 5050 e 5060 poderão também ser realizados por clínico-geral ou periodontista. Os odontopediatras poderão realizar os procedimentos dos códigos 5010 e 5050.
4. Os procedimentos incluídos nos códigos 5110 a 5160 - Apicetomia - poderão também ser realizados por periodontistas ou endodontistas.
5. Não será pago outro código associado à remoção do terceiro molar (por exemplo 5040,3120 ou 3200), a não ser que venha laudo justificando sua necessidade e que haja concordância da auditoria.

XI - DISFUNÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR

1. Para realização de tratamento de DTM só será aceito cirurgião-dentista especialista nessa área.
2. A avaliação corresponde à fase inicial de investigação (composta de uma ou mais consultas) para diagnóstico e prognóstico com proposta de tratamento ou encaminhamento. Será formulado laudo conclusivo, enviado para auditoria inicial para obtenção da autorização para o tratamento, se for o caso.
 - 2.1. O laudo deve conter o diagnóstico, a classificação do nível de tratamento, os procedimentos a serem realizados e os encaminhamentos necessários e deve ser encaminhado para auditoria inicial do tratamento.
3. Tratamento nível 1 - desordens agudas dos músculos da mastigação: mialgias, miosite, microespasmos, contratura muscular, diagnóstico e controle do bruxismo, desordens articulares agudas: deslocamento de disco com redução, sinovites, capsulites e retrodiscites.
4. Tratamento nível 2 - DTM crônica, dores musculares e/ou articulares, síndrome da dor miofascial, desordens de deslocamento do disco articular associado a alterações da dinâmica mandibular, artrite reumática, infecciosa, traumática, ou DTM em pacientes com co-morbidades reumáticas e psicológicas.
5. No tratamento está incluso: administração de fármacos, infiltrações com anestésicos, placas estabilizadoras, placas reposicionadoras, frontplateau, jig e ajustes oclusais.
 - 5.1. Se for realizado apenas a placa ou front-plateau ou jig, será pago o valor do procedimento e não o tratamento completo.
6. Serão autorizados no máximo 06 sessões de manutenção mensal.
 - a. Outras manutenções necessárias serão pagas pelo código de consulta.
7. A carência para o tratamento de DTM é de dois anos do término do tratamento.

XII - IMPLANTODONTIA - PRÓTESE SOBRE IMPLANTE

1. O profissional executante deverá apresentar um dos seguintes requisitos:
 - 1.1. Certificado de especialista em Prótese no qual conste a disciplina Prótese sobre implante no currículo.
 - 1.2. Certificado de especialista em Prótese mais certificado de atualização em Prótese sobre implante.
 - 1.3. Certificado de especialista em Implantodontia no qual conste a disciplina Prótese sobre implante no currículo.
2. É vedada cobrança de qualquer valor relativo à prótese sobre implante diretamente ao beneficiário.
3. O beneficiário deverá procurar primeiramente o protésista que realizará a prótese sobre implante. Este encaminhará o paciente ao implantodontista para realização de um planejamento reabilitador em conjunto.
4. A carência para os procedimentos de prótese sobre implante é de 05 anos.
5. O código 8000 é para elementos pilares de prótese sobre implantes ou coroa unitária sobre implante.
6. O código 8050 poderá ser faturado na quantidade de elementos suspensos mais um.
7. Os códigos 8060 e 8070 deverão ser faturados por arcada.

XIII - IMPLANTODONTIA - CIRURGIA

1. Os procedimentos desta área são apenas de preparação para cirurgia de implante. O implante propriamente dito ainda não tem previsão de cobertura pelo Programa.
2. O profissional executante deverá apresentar certificado de especialista em Implantodontia.
3. O código 8100 deverá ser faturado por segmento (sextante) e inclui enxerto ósseo, biomateriais, área doadora e área receptora.
4. O código 8110 deverá ser faturado por segmento (sextante) e inclui regeneração óssea guiada, biomateriais, área doadora e área receptora.
5. A carência para os procedimentos de implantodontia-cirurgia é de 05 (cinco) anos.

XIV - PACOTES EM ODONTOLOGIA

1. Os códigos 82.13.8200 ao 82.13.8280 só poderão ser executados por profissionais credenciados na especialidade de Cirurgia Buco Maxilo Facial.
2. Nos pacotes estão incluídos o planejamento (modelo de estudo, guia cirúrgico), os honorários da equipe cirúrgica (cirurgião responsável e cirurgiões assistentes), realização em ambiente hospitalar e acompanhamento pós-cirúrgico.
3. Os materiais especiais e próteses não estão incluídos no pacote e devem ser encaminhados para cotação/autorização com antecedência.
4. A cobrança de mais de um pacote está limitada ao valor do pacote de cirurgia combinada de maxila, mandíbula e mento, exceto para cirurgias que envolvam a ATM.
5. O paciente deve ser encaminhado para perícia final munido de exames complementares inicial e final e com relatório de qualquer intercorrência ou mudança de planejamento que tenha ocorrido.
6. É vedada a cobrança, pelo credenciado, de qualquer valor diretamente ao beneficiário, sendo tal ato passível de descredenciamento.
7. A internação e a anestesia são pagas pelo Programa, desde que autorizadas previamente pelo serviço médico.
8. O Paciente deve ser orientado a procurar o Pro-Social para solicitar autorização da cirurgia junto à SECBE/SEBES, munido da seguinte documentação:

- a) Relatório de cirurgião contendo: resumo do caso, indicação para cirurgia, planejamento cirúrgico, necessidade de UTI, hospital e data provável da cirurgia e material especial/prótese a ser utilizada;
- b) Guia de Tratamento Odontológico - GTO preenchida;
- c) Exames complementares;
- d) Parecer de liberação do ortodontista.

XV - ORTODONTIA

1. Não há rede credenciada na especialidade de ortodontia. O pagamento dos códigos se dará na modalidade de livre escolha (reembolso).
2. O pagamento do auxílio ortodôntico é regido por norma específica que pode ser consultada no site do Pro-Social (PORTARIA PRESI/SECBE 182, de 30.10.2013).

#	Cód Principal Procedimento	Valor (R\$)
82.00.0000 DIAGNOSTICO		
82.00.0000 EXAME CLÍNICO		
#	Cód Principal Procedimento	
1	82.00.0110 CONSULTA INICIAL	90.00
2	82.00.0120 CONSULTA DE EMERGÊNCIA	130.00
3	82.00.0130 AUDITORIAS PRÉVIA E FINAL	90.00
4	82.00.0140 FALTA (CUSTEIO INTEGRAL PELO BENEFICIÁRIO)	90.00
82.01.0000 RADIOLOGIA		
#	Cód Principal Procedimento	
5	82.01.0210 RX PERIAPICAL	18.00
6	82.01.0220 RX BITE-WING (INTERPROXIMAL)	18.00
7	82.01.0230 RX OCLUSAL	33.00

8	82.01.0240	RX POSTERO-ANTERIOR	66.00
9	82.01.0250	RX DA ATM SÉRIE COMPLETA (3 INCIDÊNCIAS)	142.00
10	82.01.0260	RX PANORÂMICA	68.00
11	82.01.0270	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO	90.00
12	82.01.0280	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO	66.00
13	82.01.0290	RX DA MÃO (CARPAL)	78.00
14	82.01.0300	MODELOS ORTODÔNTICOS (PAR)	76.00
15	82.01.0320	FOTOS (UNIDADE)	18.00
16	82.01.0330	PANORÂMICA COM TRAÇADO	111.00
17	82.01.0397	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA 01 DENTE	150.00
18	82.01.0398	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA 02 DENTES	215.00
19	82.01.0399	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA 03 DENTES	282.00
20	82.01.0400	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARA 04 DENTES	349.00
21	82.01.0401	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAXILA OU MANDÍBULA	414.00

82.01.0000 RADIOLOGIA

#	Cód Principal	Procedimento	
22	82.01.0402	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ATM - BILATERAL	411.00
23	82.01.0403	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE	411.00
24	82.01.0404	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO TOTAL	357.48
25	82.01.0405	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO TOTAL COM NÁLISE CEFALOMÉTRICA TRIDIMENSIONAL	534.00
26	82.01.0406	ESCANEAMENTO INTRAORAL (POR ARCADEA)	110.29
27	82.01.0407	ESCANEAMENTO FACIAL	142.27
28	82.01.0408	IMPRESSÃO DE MODELO 3D (UM PAR)	84.00

82.02.0000 TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO

#	Cód Principal	Procedimento	
29	82.02.0410	TESTE DE RISCO DE CÁRIE	58.60
30	82.02.0420	TESTE DE FLUXO SALIVAR	55.80
31	82.02.0430	APLICAÇÃO DE LASER DE BAIXA POTÊNCIA (POR SESSÃO)	79.34
32	82.02.0440	SEDAÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL EM ODONTOLOGIA	615.92

82.03.0000 PREVENÇÃO

#	Cód Principal	Procedimento	
33	82.03.0510	PROFILAXIA (POLIMENTO CORONÁRIO - 4 HEMIARCADAS)	65.00
34	82.03.0520	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL	47.00
35	82.03.0530	APLICAÇÃO DE FLÚOR (NÃO INCLUI PROFILAXIA)	38.00
36	82.03.0540	CONTROLE DE PLACA BACTERIANA (POR SESSÃO)	45.90
37	82.03.0550	TRATAMENTO DE GENGIVITE (DUAS HEMIARCADAS)	86.00

82.04.0000 ODONTOPIEDIATRIA

#	Cód Principal	Procedimento	
38	82.04.0610	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (VERNIZ-4 HEMIARCOS)	45.00
39	82.04.0620	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR ELEMENTO)	44.00
40	82.04.0630	APLICAÇÃO DE SELANTE (TÉCNICA INVASIVA POR ELEMENTO)	54.00
41	82.04.0640	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (1 SESSÃO - 04 HEMIARCADAS)	37.00
42	82.04.0650	REMINERALIZAÇÃO (FLUORTERAPIA - 4 HEMIARCADAS)	109.00
43	82.04.0660	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL COM IONÔMERO DE VIDRO - POR HEMIARCADA	105.00
44	82.04.0670	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL COM IRM - POR HEMIARCADA	105.00
45	82.04.0680	RESTAURAÇÃO A IONÔMERO DE VIDRO (1 FACE)	90.00
46	82.04.0690	RESTAURAÇÃO PREVENTIVA (IONÔMERO/RESINA+SELANTE)	67.59
47	82.04.0700	COROA DE AÇO, ACETATO OU POLICARBONATO	140.00
48	82.04.0710	CAPEAMENTO PULPAR EM DECÍDUOS (EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL)	109.00
49	82.04.0720	PULPOTOMIA	104.00
50	82.04.0730	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DECÍDUOS	221.00
51	82.04.0740	EXODONTIA DE DECÍDUOS	55.00
52	82.04.0750	MANTENEDOR DE ESPAÇO	233.00
53	82.04.0760	PLACA DE MORDIDA	606.00
54	82.04.0770	PLANO INCLINADO	200.00
55	82.04.0780	CONDICIONAMNETO (POR SESSÃO) MÁXIMO 3 SESSÕES	68.00
56	82.04.0790	ULOTOMIA	90.00
57	82.04.0800	ULECTOMIA	90.00

82.05.0000 DENTÍSTICA

#	Cód Principal	Procedimento	
58	82.05.0910	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 1 FACE	63.00
59	82.05.0920	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 2 FACES	75.00
60	82.05.0930	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 3 FACES	86.00
61	82.05.0940	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 4 FACES	109.00
62	82.05.0950	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA PIM	112.66
63	82.05.0960	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE I, V E VI	84.00
64	82.05.0970	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE III	122.00
65	82.05.0980	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL CLASSE IV E II	146.00
66	82.05.0990	FACETA EM RESINA	170.00
67	82.05.1000	RESINA COMPOSTA 1 FACE	25.00
68	82.05.1010	RESINA COMPOSTA 2 FACES OU ÂNGULOS	30.00
69	82.05.1020	RESINA COMPOSTA 3 FACES	38.00
70	82.05.1030	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM IONÔMERO DE VIDRO	105.00
71	82.05.1040	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM RESINA	105.00
72	82.05.1050	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM AMÁLGAMA	105.00
73	82.05.1060	DESGASTE SELETIVO (QUATRO HEMIARCADAS)	118.00
74	82.05.1070	PINOS DE RETENÇÃO (EXCLUINDO A RESTAURAÇÃO)	12.00
75	82.05.1080	RETENTOR INTRARRADICULAR	191.00

82.06.0000 ENDODONTIA

#	Cód Principal	Procedimento	
76	82.06.2010	TRATAMENTO ENDODÔNTICO INCISIVOS/ CANINOS	233.00
77	82.06.2020	TRATAMENTO ENDODÔNTICO PRÉ-MOLARES	322.00
78	82.06.2030	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MOLARES	481.00
79	82.06.2040	RETRATAMENTO ENDODONTICO INCISIVOS/CANINOS	284.00
80	82.06.2050	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO PRÉ-MOLARES	391.00
81	82.06.2060	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MOLARES	653.00
82	82.06.2070	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO	150.00
83	82.06.2080	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR (POR ELEMENTO)	128.00
84	82.06.2090	CAPEAMENTO PULPAR (EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL)	109.00

85	82.06.2100	PULPOTOMIA	111.00
86	82.06.2110	CLAREAMENTO OU RECROMIA	211.00
87	82.06.2120	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	71.00
88	82.06.2130	TRATAMENTO DE DENTES COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA POR SESSÃO	87.00
89	82.06.2140	URGÊNCIA ENDODÔNTICA (INDEPENDENTE DA SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO)	123.00
90	82.06.2150	APICETOMIA DE CANINOS OU INCISIVOS	224.00
91	82.06.2160	APICETOMIA DE CANINOS OU INCISIVOS C/ OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	249.00
92	82.06.2170	APICETOMIA DE PRÉ-MOLARES	272.00
93	82.06.2180	APICETOMIA DE PRÉ-MOLARES C/ OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	300.00
94	82.06.2190	APICETOMIA DE MOLARES	324.00
95	82.06.2200	APICETOMIA DE MOLARES C/ OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	351.00
96	82.06.2210	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL POR CONDUTO	100.00
97	82.06.2220	CURATIVO DE DEMORA POR DENTE	115.00
98	82.06.2230	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA	76.00

82.07.0000 PERIODONTIA

#	Cód Principal	Procedimento	
99	82.07.3010	TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA PERIODONTITE LEVE POR SEGMENTO	60.64
100	82.07.3020	TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA PERIODONTITE AVANÇADA POR SEGMENTO	105.00
101	82.07.3030	TRATAMENTO DE PROCESSO AGUDO - POR ELEMENTO	117.00
102	82.07.3040	CONTROLE DE PLACA BACTERIANA - POR SESSÃO	48.00
103	82.07.3050	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA POR SEGMENTO	67.00
104	82.07.3060	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA COM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL (3 DENTES)	132.00
105	82.07.3070	DESGASTE SELETIVO (QUATRO HEMIARCADAS)	119.00
106	82.07.3080	REMOÇÃO DE FATORES DE RETENÇÃO	98.00
107	82.07.3090	PLACA DE MORDIDA MIORRELAXANTE	606.00
108	82.07.3100	PRESERVAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA POR SEGMENTO)	88.00
109	82.07.3110	GENGIVECTOMIA - POR SEGMENTO	211.00
110	82.07.3120	CIRURGIA A RETALHO - POR SEGMENTO	215.00
111	82.07.3130	SEPULTAMENTO RADICULAR - POR RAIZ	177.38
112	82.07.3140	CUNHA DISTAL- POR ELEMENTO	214.00
113	82.07.3150	EXTENSÃO DE VESTÍBULO - POR SEGMENTO	172.00
114	82.07.3160	ENXERTO PEDICULADO - POR ELEMENTO	214.00
115	82.07.3170	ENXERTO LIVRE - POR ELEMENTO	271.00
116	82.07.3180	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL (POR ELEMENTO)	263.00
117	82.07.3190	FRENECTOMIA	179.00
118	82.07.3200	BRIDECTOMIA	233.00
119	82.07.3210	ODONTO-SECÇÃO - POR ELEMENTO	176.00
120	82.07.3220	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA - POR RAIZ	215.00
121	82.07.3230	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA - POR RAIZ	249.00
122	82.07.3240	MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO	95.00
123	82.07.3250	AUMENTO DE COROA CLÍNICA - POR ELEMENTO	208.00
124	82.07.3260	TRATAMENTO REGENERATIVO COM USO DE BARREIRA	658.00
125	82.07.3270	TRATAMENTO REGENERATIVO COM ENXERTO DE OSSO AUTÓGENO	516.17
126	82.07.3280	TRATAMENTO REGENERATIVO COM MATERIAIS ENXERTANTES	658.00

82.08.0000 PRÓTESE

#	Cód Principal	Procedimento	
127	82.08.4010	PLANEJAMENTO EM PRÓTESE (MODELOS DE ESTUDO - PAR, MONTAGEM EM ARTICULADOR SEMI-AJUSTÁVEL)	151.00
128	82.08.4020	ENCERRAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR ELEMENTO	141.00
129	82.08.4030	AJUSTE OCLUSAL PROTÉTICO POR SESSÃO	118.00
130	82.08.4040	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	288.00
131	82.08.4050	RESTAURAÇÃO INLAY/ONLAY (ARTGLASS/SOLIDEX)	572.00
132	82.08.4060	REMOÇÃO DE RESTAURAÇÕES METÁLICAS E COROAS	64.00
133	82.08.4070	RECOLOCAÇÃO DE RMF E COROAS	56.00
134	82.08.4080	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	245.00
135	82.08.4090	COROA PROVISÓRIA	134.00
136	82.08.4100	COROA PROVISÓRIA Prensada em resina	293.00
137	82.08.4110	REEMBASAMENTO E PREPARO DE COROA PROVISÓRIA	49.00
138	82.08.4120	COROA DE JAQUETA ACRÍLICA	241.00
139	82.08.4130	COROA DE JAQUETA DE CERÂMICA PURA	897.00
140	82.08.4140	COROA METALO-CERÂMICA	862.00
141	82.08.4150	COROA DE VENNER	442.00
142	82.08.4160	COROA TOTAL METÁLICA	388.00
143	82.08.4170	COROA 3 / 4 OU 4 / 5	281.00
144	82.08.4180	FACETAS LAMINADAS DE PORCELANA	850.00
145	82.08.4190	PRÓTESE FIXA POR ELEMENTO, METALO-CERÂMICA	961.00
146	82.08.4200	PRÓTESE FIXA POR ELEMENTO, METALO-PLÁSTICA	669.00
147	82.08.4210	PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA	294.00
148	82.08.4220	PF ADESIVA INDIRETA METALO-CERÂMICA, 3 ELEMENTOS	1233.00
149	82.08.4230	PF ADESIVA INDIRETA METALO-PLÁSTICA, 3 ELEMENTOS	965.00
150	82.08.4240	PPR PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	742.00
151	82.08.4250	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	1359.00
152	82.08.4260	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PARA ENCAIXES	1576.00
153	82.08.4270	ENCAIXE FÊMEA POR ELEMENTO	730.00
154	82.08.4280	ENCAIXE MACHO POR ELEMENTO	730.00
155	82.08.4290	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE REMOVÍVEL	226.00
156	82.08.4300	PRÓTESE TOTAL	1267.00
157	82.08.4310	PRÓTESE TOTAL CARACTERIZADA	1901.00
158	82.08.4320	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	1079.00
159	82.08.4330	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL	247.00
160	82.08.4340	CASQUETE DE MOLDAGEM	80.00
161	82.08.4350	PONTO DE SOLDA	169.00
162	82.08.4360	GUIA CIRÚRGICO PARA PRÓTESE IMEDIATA	240.00
163	82.08.4370	PLACA DE MORDIDA MIORRELAXANTE	606.00
164	82.08.4380	JIG OU FRONT - PLATÔ	137.00
165	82.08.4390	CONSRTO EM PRÓTESE TOTAL/PARCIAL	142.00
166	82.08.4400	REPARO OU SUBSTITUIÇÃO DE DENTES EM PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL	118.00
167	82.08.4410	RESTAURAÇÃO LIVRE DE METAL (ONLAY E COROA)	950.00

82.09.0000 CIRURGIA

#	Cód Principal	Procedimento	
168	82.09.5010	EXODONTIA	111.00
169	82.09.5020	EXODONTIA + RETALHO	132.00

170	82.09.5030	EXODONTIA RAIZ RESIDUAL	104.00
171	82.09.5040	ALVEOLOPLASTIA (POR SEGMENTO)	142.00
172	82.09.5050	ULOTOMIA	127.00
173	82.09.5060	BIOPSIA DE CAVIDADE BUCAL	332.00
174	82.09.5070	SULCOPLASTIA POR ARÇADA	152.00
175	82.09.5080	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	172.00
176	82.09.5090	CIRURGIA PARA TORUS UNILATERAL	134.00
177	82.09.5100	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL	225.00
178	82.09.5110	APICETOMIA UNIRRADICULAR	215.00
179	82.09.5120	APICETOMIA UNIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	249.00
180	82.09.5130	APICETOMIA BIRRADICULAR	272.00
181	82.09.5140	APICETOMIA BIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	300.00
182	82.09.5150	APICETOMIA TRIRRADICULAR	324.00
183	82.09.5160	APICETOMIA TRIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	351.00
184	82.09.5170	FRENECTOMIA LABIAL SUPERIOR	179.00
185	82.09.5180	FRENECTOMIA LINGUAL	179.00
186	82.09.5190	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	233.00
187	82.09.5200	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS OU IMPACTADOS	279.00
188	82.09.5210	CIRURGIA DE OSTEOMA E ODONTOMA	210.00
189	82.09.5220	CIRURGIA DE CISTO DE DESENVOLVIMENTO	251.00
190	82.09.5230	MARZUPIALIZAÇÃO DE CISTO	271.00
191	82.09.5240	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO NO SEIO MAXILAR	259.00
192	82.09.5250	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA BUCO-SINUSAL OU BUCO-NASAL COM RETALHO	324.00
193	82.09.5260	EXCISÃO DE GLÂNDULA SUBLINGUAL	525.00
194	82.09.5270	EXCISÃO DE GLÂNDULA SUBMANDIBULAR	612.00
195	82.09.5280	EXCISÃO DE GLÂNDULA PARÓTIDA	837.00
196	82.09.5290	EXCISÃO DE RÂNULA	510.00
197	82.09.5300	EXCISÃO DE TUMOR GLÂNDULA SALIVAR	606.49
198	82.09.5310	RETIRADA DE CÁLCULO SALIVAR	286.00
199	82.09.5320	PLÁTICA DO CANAL DE STENON	502.00
200	82.09.5330	EXCISÃO DE MUCOCELE	198.28
201	82.09.5340	SINUSOTOMIA	246.94
202	82.09.5350	PALENTOLABIOPLASTIA BILATERAL	622.57
203	82.09.5360	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO LÁBIO LEPORINO	487.99
204	82.09.5370	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	487.00
205	82.09.5380	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE LÁBIO TRAUMATIZADO	936.00
206	82.09.5390	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE LUXAÇÃO DE ATM	474.00
207	82.09.5400	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ANQUILOSE DE ATM (P/ LADO).	671.77
208	82.09.5410	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OSTEOMIELITE DOS OSSOS DA FACE	591.44
209	82.09.5420	EXCISÃO DE SUTURA DE LESÃO DA BOCA COM ROTAÇÃO DE RETALHO	499.00
210	82.09.5430	SUTURAS SIMPLES DE FACE	105.00
211	82.09.5440	SUTURAS MÚLTIPLAS DE FACE	159.00
212	82.09.5450	INCISÃO DE DRENAGEM DE ABSCESSO	145.00
213	82.09.5460	MAXILECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITÁRIO	632.99
214	82.09.5470	OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA PARA PROGNATISMO	1565.00
215	82.09.5480	OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA PARA MICROGNATISMO	1565.00
216	82.09.5490	OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA PARA LATEROGNATISMO	1565.00
217	82.09.5500	OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MAXILA TIPO LE FORT 1	725.93
218	82.09.5510	OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MAXILA TIPO LE FORT 2	901.36
219	82.09.5520	OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MAXILA TIPO LE FORT 3	1081.00
220	82.09.5530	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE MAXILA OU MANDÍBULA COM ENXERTO ÓSSEO OU PRÓTESE	1268.00
221	82.09.5540	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MAXILA OU MANDÍBULA COM ENXERTO ÓSSEO OU PRÓTESE	824.91
222	82.09.5550	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	395.00
223	82.09.5560	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO E SUTURA	177.27
224	82.09.5570	CIRURGIA DE HIPERTROFIA DO LÁBIO	381.63
225	82.09.5580	CIRURGIA PARA MICROSTOMIA	615.99
226	82.09.5590	REDUÇÃO DE FRATURA DE OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	633.39
227	82.09.5600	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA UNILATERAL DE MANDÍBULA	297.00
228	82.09.5610	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA UNILATERAL DE MANDÍBULA	532.00
229	82.09.5620	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA	358.62
230	82.09.5630	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA	880.00
231	82.09.5640	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA COMINUTIVA DE MANDÍBULA	862.00
232	82.09.5650	REDUÇÃO DE FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR	654.13
233	82.09.5660	FRATURAS ALVÉOLO-DENTÁRIAS - REDUÇÃO CRUENTA	204.00
234	82.09.5670	FRATURAS ALVÉOLO-DENTÁRIAS - REDUÇÃO INCRUENTA	104.00
235	82.09.5680	REIMPLANTE DE DENTE POR ELEMENTO	185.00
236	82.09.5690	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA LE FORT I	397.00
237	82.09.5700	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA LE FORT II	456.09
238	82.09.5710	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA LE FORT III	592.15
239	82.09.5720	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA LE FORT I	679.32
240	82.09.5730	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA LE FORT II	864.94
241	82.09.5740	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA LE FORT III	976.16
242	82.09.5750	FRATURAS COMPLEXAS DO SEGMENTO FIXO DA FACE	609.62
243	82.09.5760	FRATURAS COMPLEXAS DO SEGMENTO DA FACE COM FIXAÇÃO PERICRANIANA	1268.00
244	82.09.5770	FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO - REDUÇÃO CIRÚRGICA SEM FIXAÇÃO	487.00
245	82.09.5780	FRATURA DE OSSO ZIGOMÁTICO - REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO	631.74
246	82.09.5790	OSTEOPLASTIA ZIGOMÁTICO-MAXILAR	581.85
247	82.09.5800	RETIRADA DE FIOS INTRA OU TRANS-ÓSSEOS	145.00
248	82.09.5810	RETIRADA DE BLOQUEIO MAXILO-MANDIBULAR	145.00
249	82.09.5820	RETIRADA DE ANCORAGEM E CERCLAGENS	58.00
250	82.09.5830	ULECTOMIA	93.59
251	82.09.5840	CIRURGIA DE CISTO	309.00
252	82.09.5850	COLAGEM DE DISPOSITIVO ORTODÔNTICO	41.00
253	82.09.5860	EXPOSIÇÃO CIRÚRGICA DE DENTE RETIDO	176.50
254	82.09.5870	DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, COM COLOCAÇÃO DE DRENO	145.00
255	82.09.5880	CURETAGEM APIAL (NÃO PODE SER ASSOCIADA À APICETOMIA)	119.55
256	82.09.5890	PREPARO DE ENXERTO ÓSSEO AUTÓGENO	355.00
257	82.09.5900	CATERETERISMO DE GLÂNDULA SALIVAR	212.00
258	82.09.5910	REMOÇÃO DE HIPERPLASIA DE CAVIDADE BUCAL	309.00
259	82.09.5920	INSTALAÇÃO MINI-IMPLANTE	383.85
260	82.09.5930	INSTALAÇÃO MINIPLACA	494.30
261	82.09.5940	REMOÇÃO MINIPLACA E MINI-IMPLANTE	135.61
262	82.09.5950	REMOÇÃO DE IMPLANTE	168.48

82.10.0000 DISFUNÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR

#	Cód Principal	Procedimento	
263	82.10.7010	AVALIAÇÃO	184.00
264	82.10.7020	TRATAMENTO NÍVEL 1	691.00
265	82.10.7030	TRATAMENTO NÍVEL 2	1122.47
266	82.10.7040	MANUTENÇÃO	88.85

82.11.0000 IMPLANTODONTIA PRÓTESE

#	Cód Principal	Procedimento	
267	82.11.8000	PRÓTESE SOBRE IMPLANTE METALOCERÂMICA	1050.00
268	82.11.8010	ELEMENTO SUSPENSO DE PRÓTESE FIXA SOBRE IMPLANTE	696.61
269	82.11.8020	COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE	247.00
270	82.11.8030	ELEMENTO SUSPENSO PROVISÓRIO DE PRÓTESE FIXA SOBRE IMPLANTE	197.00
271	82.11.8040	GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTE	240.00
272	82.11.8050	PONTO DE SOLDA PARA PRÓTESES SOBRE IMPLANTES	169.00
273	82.11.8060	OVERDENTURE SOBRE IMPLANTES (POR ARCADA)	3270.00
274	82.11.8070	PROTOCOLO SOBRE IMPLANTES (POR ARCADA)	9400.00

82.12.0000 IMPLANTODONTIA CIRURGIA

#	Cód Principal	Procedimento	
275	82.12.8100	LEVANTAMENTO DE SEIO MAXILAR (POR SEGMENTO)	1125.00
276	82.12.8110	ENXERTO ÓSSEO PARA IMPLANTE (POR SEGMENTO)	1125.00

82.13.0000 PACOTES ODONTOLOGIA

#	Cód Principal	Procedimento	
277	82.13.8200	MENTOPLASTIA	2489.05
278	82.13.8210	EXPANSÃO RÁPIDA DE MAXILA	3000.00
279	82.13.8220	OSTEOTOMIA DE MAXILA OU MANDÍBULA	5000.00
280	82.13.8230	CIRURGIA COMBINADA MAXILA E MANDÍBULA	8000.00
281	82.13.8240	CIRURGIA COMBINADA MAXILA, MANDÍBULA E MENTO	10000.00
282	82.13.8250	CIRURGIA DE REPOSICIONAMENTO DE DISCO (ATM) UNILATERAL ASSOCIADA À CIRURGIA ORTOGNÁTICA	2500.00
283	82.13.8260	CIRURGIA DE REPOSICIONAMENTO DE DISCO (ATM) BILATERAL ASSOCIADA À CIRURGIA ORTOGNÁTICA	5000.00
284	82.13.8270	CIRURGIA DE COLOCAÇÃO DE PROTESE DE ATM UNILATERAL ASSOCIADA À CIRURGIA ORTOGNÁTICA	4000.00
285	82.13.8280	CIRURGIA DE COLOCAÇÃO DE PROTESE DE ATM BILATERAL ASSOCIADA À CIRURGIA ORTOGNÁTICA	8000.00
286	90020972	ANESTESIA PARA CIRURGIA ORTOGNÁTICA REALIZADA POR CIRURGIÃO DENTISTA BUCO-MAXILOFACIAL (PACOTE)	1992.52
287	82.13.8290	CIRURGIA DE ARTROPLASTIA DE ATM	2954.69

82.14.0000 ORTODONTIA

#	Cód Principal	Procedimento	
288	82.14.8400	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO TOTAL - POR ARCADA	624.80
289	82.14.8410	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO FIXO - MENSAL	153.00
290	82.14.8420	APARELHO MÓVEL DE CONTENÇÃO SUPERIOR	250.00
291	82.14.8430	BARRA DE CONTENÇÃO INFERIOR	159.93