Tabela de Procedimentos Odontológicos

Vigência: Fevereiro de 2023

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Procedimento** | **Novo****Código** | **Código****Anterior** | **Valor** | **Descrição do procedimento** | **Regras** | **Documentação para solicitação** |

|  |
| --- |
| **CIRURGIA** |
| REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM | 40709035 | Não há | R$ | 121,17 | Redução não cirúrgica da luxação da ATM. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| BIÓPSIA DE LÁBIO | 30201012 | Não há | R$ | 129,06 | Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional especificando a região e justificando a necessidade de tratamento. |
| FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LABIAL | 30201063 | Não há | R$ | 127,47 | Cirurgia com corte do freio labial. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| FRENULECTOMIA LABIAL | 82000883 | 10.00.517-0 | R$ | 127,47 | Cirurgia com remoção parcial do freio labial. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| ALVEOLOPLASTIA | 82000034 | 10.00.504-0 | R$ | 132,21 | Correção plástica do processo alveolar. | Procedimento por quadrante.Não contempla a alveolopastia realizada após a exodontia de um elemento dentário. Aplica- se em exodontias múltiplas de dentes contíguos na mesma hemiarcada.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO | 82000190 | 10.00.507-0 | R$ | 143,22 | Realização de incisão cirúrgica para refazer o sulco existente entre a mucosa interna do lábio e a gengiva, com a finalidade de aumentar aárea chapeada para prótese. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| BIÓPSIA DE BOCA | 30202027 | Não há | R$ | 129,06 | Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamentoe a indicação do local da lesão. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BRIDECTOMIA | 82000298 | 10.00.507-5 | R$ | 138,49 | Cirurgia com remoção parcial da brida. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Preenchimento do campo "Laudo" dosistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| BRIDOTOMIA | 82000301 | 10.00.507-5 | R$ | 138,49 | Cirurgia com corte da brida. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissionaljustificando a necessidade de tratamento. |
| CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR | 82000352 | Não há | R$ | 145,39 | Remoção de exostose em maxila com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente. | Não se aplica ao Tórus Palatino. Para esse, utilizar o código (82000395).Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gera alguma dificuldade funcional ao paciente.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL | 82000387 | 10.00.509-0 | R$ | 125,90 | Remoção de exostose em mandíbula com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente. | Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gera alguma dificuldade funcional ao paciente.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL | 82000360 | 10.00.510-0 | R$ | 214,04 | Remoção de exostose em mandíbula com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente. | Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gera alguma dificuldade funcional ao paciente.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CIRURGIA PARA TORUS PALATINO | 82000395 | 10.00.508-0 | R$ | 174,70 | Remoção de exostose em palato com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente. | Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gera alguma dificuldade funcional ao paciente.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82000468 | Não há | R$ | 66,57 | Controle de hemorragia com uso de agente hemostático. Não inclui o controle hemostático padrão pós-cirurgia. | Somente para casos de sangramento exacerbado e de difícil controle. Não inclui a hemostasia pós-procedimento cirúrgico sem intercorrências. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
|  |  |  |  |  |  | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). |  |
| CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82000484 | não há | R$ | 66,57 | Controle de hemorragia. Não inclui o controle hemostático padrão pós-cirurgia. | Somente para casos de sangramento exacerbado e de difícil controle. Não inclui a hemostasia pós procedimento cirúrgico sem intercorrências.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| INCISÃO E DRENAGEM EXTRA- ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DAREGIÃO BUCO-MAXILO- FACIAL | 82001022 | não há | R$ | 90,88 | Incisão extraoral, irrigação e colocação de dreno em casos de abscessos ou hematoma | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamentoe especificando a área acometida. |
| INCISÃO E DRENAGEM INTRA- ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DAREGIÃO BUCO-MAXILO- FACIAL | 82001030 | 10.00.504-520.00.504-5 | R$ | 72,40 | Incisão intraoral, irrigação e colocação de dreno em casos de abscessos ou hematoma | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamentoe especificando a área acometida. |
| EXODONTIA A RETALHO | 82000816 | 10.00.603-5 | R$ | 119,21 | Exodontia quando há necessidade de retalho. | Necessidade de envio de documentação (vercoluna seguinte). | Radiografia. |
| EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL | 82000859 | não há | R$ | 119,21 | Exodontia de raiz residual. | Necessidade de envio de documentação (vercoluna seguinte). | Radiografia. |
| EXODONTIA SIMPLES DEDECÍDUO | 83000089 | 30.00.073-0 | R$ | 50,37 | Exodontia simples de dentes decíduos, semnecessidade de retalho. | Só é permitida a utilização de 1 código pordente para toda a vida. | Não. |
| EXODONTIA SIMPLES DEPERMANENTE | 82000875 | 10.00.501-0 | R$ | 84,98 | Exodontia simples de dentes permanentes, semnecessidade de retalho. | Necessidade de envio de documentação (vercoluna seguinte). | Radiografia. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL | 30201080 | Não há | R$ | 412,78 | Reconstrução do sulco gengivo-labial quando há perda da anatomia na região. Não contempla a cirurgia pré-protética para aumento de área chapeável. Para este caso, utilizar o código 82000190 (aumento de vestíbulo). | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| REMOÇÃO DE DENTESINCLUSOS / IMPACTADOS | 82001286 | 10.00.502-5 | R$ | 215,61 | Exodontia de dentes que não conseguiramerupcionar. | Necessidade de envio de documentação (vercoluna seguinte). | Radiografia. |
| REMOÇÃO DE DENTES SEMI- INCLUSOS / IMPACTADOS (INCLUI EXODONTIA DETERCEIROS MOLARES) | 82001294 | 10.00.501-5 | R$ | 173,13 | Exodontia de dentes com erupção incompleta. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| REMOÇÃO DE DRENO EXTRA- ORAL | 82001308 | Não há | R$ | 24,04 | Remoção do dreno colocado nos procedimentos de incisão e drenagem. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia,se houver. |
| REMOÇÃO DE DRENO INTRA- ORAL | 82001316 | Não há | R$ | 24,04 | Remoção do dreno colocado nos procedimentos de incisão e drenagem. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia,se houver. |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL | 82001510 | 40.00.603-5 | R$ | 187,74 | Tratamento cirúrgico da comunicação da boca com a cavidade nasal, quando for realizado em consultório odontológico. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia,se houver. |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL | 82001529 | 40.00.603-5 | R$ | 187,74 | Tratamento cirúrgico da comunicação da boca com o seio maxilar, quando for realizado em consultório odontológico. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia,se houver. |
| EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82000743 | Não há | R$ | 174,19 | Remoção de lesão (lipoma). | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" dosistema com parecer do profissional justificando a necessidade. |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO- MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 82001553 | 40.00.604-5 | R$ | 167,05 | Remoção de tecido hiperplásico. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade.. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82001618 | 40.00.604-5 | R$ | 167,05 | Remoção de tumor de tecido mole. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade. |
| TRATAMENTO DE ALVEOLITE | 82001650 | 10.00.503-5 | R$ | 59,79 | Tratamento de alveolite. | Aplica-se somente em caráter de urgência e quando o atendimento for feito por um profissional que não executou o procedimento cirúrgico anterior.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade. |
| ULECTOMIA | 82001707 | 10.00.505-030.00.505-0 | R$ | 62,95 | Remoção de um processo hipertrófico muco- gengival que normalmente envolve dentes nãoerupcionados. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissionaljustificando a necessidade. |
| ULOTOMIA | 82001715 | 10.00.505-030.00.505-0 | R$ | 62,95 | Incisão no capuz mucoso para erupção do dente permanente. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissionaljustificando a necessidade. |
| BIÓPSIA DE LÍNGUA | 30203031 | 30.00.506-0 | R$ | 129,06 | Cirurgia para biópsia incisional e excisional.Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" dosistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LINGUAL | 30203015 | 10.00.517-0 | R$ | 127,47 | Realização de incisão da hipertrofia do tecido fibromucoso do freio lingual. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissionaljustificando a necessidade de tratamento. |
| FRENULECTOMIA LINGUAL | 82000891 | 10.00.517-0 | R$ | 127,47 | Ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibromucoso presente na base da língua. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissionaljustificando a necessidade de tratamento. |
| BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR | 30204011 | 10.00.601-0 | R$ | 121,22 | Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui aanálise histológica. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissionaljustificando a necessidade de tratamento. |
| EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR | 82000778 | não há | R$ | 147,68 | Remoção cirúrgica de cálculo salivar. Inclui a plastia do ducto salivar. | Inclui a plastia do ducto salivarNecessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE | 82000794 | 10.00.530-0 | R$ | 149,52 | Remoção cirúrgica de lesão tumoral dos tecidos moles (principalmente lábios) que se desenvolvem nas glândulas salivares da mucosa bucal. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA | 82000808 | Não há | R$ | 376,20 | Remoção cirúrgica de cisto de retenção no assoalho da boca associado aos ductos salivares da glândula submandibular ousublingual. | Inclui a plastia do ducto salivar.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82001499 | 10.00.608-5 | R$ | 100,53 | Sutura de ferida. | Necessidade de envio de documentação. (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissionaljustificando a necessidade de tratamento. |
| BIÓPSIA DE MANDÍBULA | 30211018 | 10.00.602-0 | R$ | 121,22 | Cirurgia para biópsia incisional e excisional de lesões intraósseas na mandíbula. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| BIÓPSIA DE MAXILA | 82000280 | 10.00.602-0 | R$ | 121,22 | Cirurgia para biópsia incisional e excisional de lesões intraósseas na maxila. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEMRECONSTRUÇÃO | 82001634 | 40.00.601-5 | R$ | 187,74 | Cirurgia para remoção de tumores odontogênicos benignos. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| REMOÇÃO DE ODONTOMA | 82001367 | não há | R$ | 187,74 | Cirurgia para remoção de odontoma. | Necessidade de envio de documentação (vercoluna seguinte). | Radiografia. |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO- MAXILO-FACIAL | 82001588 | 40.00.602-5 | R$ | 223,21 | Cirurgia para remoção de hiperplasias ósseas e cartilaginosas. Não contempla tórus mandibular e palatino, que possuem códigos específicos. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).Não contempla tórus mandibular e palatino, que possuem códigos específicos. | Radiografia e laudo do profissional justificando a necessidade. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82001596 | 40.00.602-5 | R$ 223,21 | Cirurgia para remoção de tumores odontogênicos benignos. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia e laudo do profissional justificando a necessidade. |
| EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA | 82000786 | 10.00.604-0 | R$ 187,74 | Cirurgia para remoção de pequenos cistos da mandíbula. Não se aplica para cistos radiculares removidos no momento da exodontia. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).Não se aplica para cistos radiculares removidos no momento da exodontia. | Radiografia e laudo do profissional justificando a necessidade. |

|  |
| --- |
| **CLÍNICA GERAL** |
| AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO | 85400017 | 10.00.103-0 | R$ | 73,98 | Ajuste dos contatos oclusais por acréscimo de material restaurador. | Máximo de 3 sessões.Código contempla a boca inteira.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO | 85400025 | 10.00.103-0 | R$ | 73,98 | Ajuste dos contatos oclusais por desgaste. Não inclui ajuste oclusal realizado após as restaurações diretas e indiretas, esse ajuste já está incluso no próprio procedimento. | Não inclui ajuste oclusal realizado após as restaurações diretas e indiretas, salvo para as indiretas a partir de quatro elementos.Máximo de 2 sessões.Código contempla a boca inteira.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CAPEAMENTO PULPAR DIRETO -EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL | 85100013 | 10.00.209-030.00.209-0 | R$ | 83,41 | Aplicação de medicação diretamente sobre apolpa exposta, na tentativa de preservação da vitalidade dentaria. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS | 85100048 | 10.00.098-5 | R$ | 64,54 | Colagem do fragmento do dente fraturado. | Para dentes anteriores.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL | 85100064 | 10.00.099-0 | R$ 153,65 | Resina na face vestibular de dentes anteriores, já abrange as faces proximais quando necessário. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).Procedimentos exclusivamente estéticos não serão autorizados. | Radiografia e Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| GENGIVECTOMIA UNITÁRIA | 10.00.312-5 | 10.00.312-5 | R$ 28,32 | Gengivectomia unitária para casos de adaptação do grampo ou para realização de restauração. | Para gengivectomias pontuais (adaptação de grampo ou realização de restauração). Para cirurgias mais extensas, utilizar o código degengivoplastia. | Não. |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 1 FACE | 85100099 | 10.00.091-0 | R$ 58,24 | Restauração direta em amálgama, quando envolver apenas 1 face do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 2 FACES | 85100102 | 10.00.092-0 | R$ 69,24 | Restauração direta em amálgama, quando envolver 2 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 3 FACES | 85100110 | 10.00.093-0 | R$ 78,69 | Restauração direta em amálgama, quando envolver 3 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 4 FACES | 85100129 | 10.00.094-0 | R$ 102,31 | Restauração direta em amálgama, quando envolver 4 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 1 FACE | 85100137 | 10.00.069-0 | R$ 84,78 | Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver apenas 1 face do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 2 FACES | 85100145 | 10.00.069-0 | R$ 84,78 | Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver 2 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 3 FACES | 85100153 | 10.00.069-0 | R$ 84,78 | Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver 3 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 4 FACES | 85100161 | 10.00.069-0 | R$ 84,78 | Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver 4 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE | 85100196 | 10.00.096-0 | R$ 74,52 | Restauração direta em resina, quando envolver apenas 1 face do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 85100200 | 10.00.096-510.00.097-0 | R$ 100,71 | Restauração direta em resina, quando envolver 2 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 85100218 | 10.00.096-510.00.097-010.00.098-0 | R$ 113,75 | Restauração direta em resina, quando envolver 3 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES | 85100226 | 10.00.096-510.00.097-010.00.098-0 | R$ 124,65 | Restauração direta em resina, quando envolver 4 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE | 85200085 | 10.00.109-030.00.109-0 | R$ 58,24 | Curativo dentário temporário. | Utilizar apenas 1 código por dente, independente do número de faces envolvidas.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA | 10.00.506-5 | 10.00.506-5 | R$ 79,47 | Orientação e prescrição medicamentosa para casos de dor aguda. Não pode ser utilizado concomitante a outros códigos de tratamentosagudos. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia,se houver. |
| LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE | 30202159 | não há | R$ 68,97 | Aplicação de laser de baixa intensidade em consultório odontológico para tratamento e prevenção de mucosite oral, em pacientes com diagnóstico e tratamento de câncer. | Código contempla a boca inteira.Cobertura apenas para mucosite oral em pacientes em tratamento para câncer.Código deve ser utilizado para boca inteira por sessão.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).O dentista deve possuir habilitação em laserterapia. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.Laudo médico com diagnóstico de câncer.Habilitação em laserterapia do profissional executante. |
| FALTA | 10.00.014-0 | 10.00.014-0 | R$ 64,54 | Justifica-se a cobrança desse código quando o paciente não avisa ao profissional com antecedência mínima de 24 horas do horário agendado. A falta deverá ser atestada pelobeneficiário, através da assinatura da guia. | A guia deve ser assinada pelo beneficiário para faturamento. | Não. |

|  |
| --- |
| **DIAGNÓSTICO E PLANO DE TRATAMENTO** |
| COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82000441 | Não há | R$ 50,44 | Raspado para exame de diagnóstico. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82001103 | não há | R$ 101,48 | Punção para exame de diagnóstico. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissionaljustificando a necessidade de tratamento. |
| TESTE DE PH SALIVAR (ACIDEZ SALIVAR) | 84000252 | 10.00.055-5 | R$ 43,93 | Medição do pH da saliva. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" dosistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| TESTE DE FLUXO SALIVAR | 41401654 | 10.00.052-5 | R$ 45,05 | Medição do volume salivar por tempo. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissionaljustificando a necessidade de tratamento. |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA | 81000030 | 20.00.010-030.00.010-040.00.010-0 | R$ 31,48 | Consulta para avaliação dos especialistas e para avaliações pontuais entre as consultas odontológicas iniciais. | Máximo de 1 consulta **por profissional** a cada 60 dias. Só pode ser utilizado pelo mesmo profissional, no mínimo, 60 dias após a consulta odontológica inicial (81000065). | Não. |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL | 81000065 | 10.00.011-0 | R$ 64,54 | Consulta odontológica com anamnese e exame físico completo e definição do plano de tratamento. | Máximo de 1 consulta **por clínica odontológica** a cada 6 meses. Só pode ser utilizado pelo mesmo profissional, no mínimo, 60 dias após a consulta odontológica (81000030). | Não. |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA | 81000049 | 10.00.012-0 | R$ 94,45 | Consulta odontológica quando há motivo odontológico que impeça o beneficiário de esperar o agendamento. Por exemplo: Pulpite,Abscesso dentário, Fratura dentária... | Necessita de envio de informações para perícia final, conforme coluna ao lado. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a urgência. |
| CONSULTA ODONTOLÓGICAPARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA | 81000073 | Não há | R$ 94,45 | Consulta para análise técnica realizada por dentista auditor. | Consulta em caso de necessidade de parecertécnico especializado para suporte dos auditores. | Não. |

|  |
| --- |
| **ENDODONTIA** |
| APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000077 | 20.00.514-0 | R$ 231,35 | Remoção do ápice de dentes com lesão e obturação. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000085 | 20.00.513-0 | R$ 210,90 | Remoção do ápice de dentes com lesão. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000158 | 20.00.516-0 | R$ 272,26 | Remoção do ápice de dentes com lesão e obturação. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000166 | 20.00.515-0 | R$ 250,23 | Remoção do ápice de dentes com lesão. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| APICETOMIA UNIRRADICULARESCOM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000174 | 20.00.512-0 | R$ 192,00 | Remoção do ápice de dentes com lesão eobturação. | Necessidade de envio de documentação (vercoluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000182 | 20.00.511-0 | R$ 173,13 | Remoção do ápice de dentes com lesão. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| PULPOTOMIA | 85200042 | 10.00.210-0 | R$ 84,98 | Remoção da polpa coronária. | Não pode ser utilizado junto com pulpectomia.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL | 85200050 | 20.00.208-5 | R$ 75,50 | Retirada de corpo estranho da cavidadeintrarradicular, com finalidade endodôntica ou protética | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| REMOÇÃO DE NÚCLEOINTRACANAL | 85200077 | 20.00.208-0 | R$ 107,02 | Remoção de núcleo intracanal pararetratamento endodôntico ou protético. | Necessidade de envio de documentação (vercoluna seguinte). | Radiografia |
| RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTESPERMANENTES | 85200093 | 20.00.205-0 | R$ 302,16 | Retratamento do canal de dentes permanentes com duas raízes. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTESPERMANENTES | 85200107 | 20.00.206-0 | R$ 506,76 | Retratamento do canal de dentes permanentes com mais de duas raízes. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTESPERMANENTES | 85200115 | 20.00.204-0 | R$ 220,33 | Retratamento do canal de dentes permanentes com uma raiz. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO(RADICULAR/CÂMARA PULPAR) | 85200123 | 20.00.209-5 | R$ 114,89 | Tratamento de perfuração de raiz ou câmarapulpar. | Necessidade de envio de documentação (vercoluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTESPERMANENTES | 85200140 | 20.00.202-0 | R$ 248,67 | Tratamento endodôntico em dentes permanentes com duas raízes. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTESPERMANENTES | 85200158 | 20.00.203-0 | R$ 374,55 | Tratamento endodôntico em dentes permanentes com mais de duas raízes. Inclui osmolares inferiores com 3 canais. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTESPERMANENTES | 85200166 | 20.00.201-0 | R$ 179,42 | Tratamento endodôntico em dentes permanentes com uma raiz. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| PULPECTOMIA - SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA | 85200034 | 10.00.214-0 | R$ 44,07 | Remoção da polpa radicular nos casos de atendimento de urgência. Não aplicável para pulpectomia realizada durante o tratamento endodôntico planejado. | Não pode ser utilizado junto com pulpotomia.Para casos de necessidade de pulpectomia de urgência.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia e Laudo do profissional justificando a necessidade. |

|  |
| --- |
| **ODONTOPEDIATRIA** |
| CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA | 81000014 | 30.00.077-0 | R$ 64,54 | Manejo comportamental para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo. | Máximo de 2 sessões a cada 6 meses por beneficiário. | Não. |
| ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃOFÍSICA E/OU MECÂNICA | 82000700 | Não há | R$ 43,92 | Contenção física para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícilmanejo. | Máximo de 1 sessão por consulta. Casos que necessitem de maior número, justificar norelatório. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissionaljustificando a urgência. |
| PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO | 83000127 | 10.00.210-030.00.210-0 | R$ 84,98 | Remoção da polpa coronária em dente decíduo. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO, AÇO OU POLICARBONATO | 87000040 | 30.00.600-5 | R$ 99,05 | Aplicável para:1. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;
2. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.
 | Aplicável para:1. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;
2. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.

Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA | 85200131 | 20.00.213-0 | R$ 64,54 | Apicificação por intermédio de técnicas com materiais endodônticos indicados. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte)1 código por sessão. A cada 3 sessões, enviar atualização radiográfica. | Radiografia inicial e final. |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO EMDENTE DECÍDUO | 83000151 | 30.00.072-030.00.072-5 | R$ 207,75 | Tratamento de canal em dentes decíduos. | Necessidade de envio de documentação (vercoluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |

|  |
| --- |
| **PERIODONTIA** |
| DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA | 85300012 | 40.00.054-0 | R$ 50,33 | Aplicação de produto dessensibilizante em consultório. | Aplicação de dessensibilizante em consultório por sextante. Só pode ser utilizado 1 vez acada 6 meses por sextante. | Não. |
| AMPUTAÇÃO RADICULAR COMOBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000050 | Não há | R$ 258,12 | Amputação da raiz e obturação. | Necessidade de envio de documentação viasistema (ver coluna seguinte) | Radiografia inicial e final. |
| AMPUTAÇÃO RADICULAR SEMOBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000069 | Não há | R$ 204,82 | Amputação da raiz sem obturação. | Necessidade de envio de documentação (vercoluna seguinte) | Radiografia inicial e final. |
| AUMENTO DE COROA CLÍNICA | 82000212 | 40.00.328-0 | R$ 166,82 | Remoção de gengiva e de osso que envolvem a coroa dentária para realização de restaurações com término subgengival. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).Um código por dente.Não utilizar junto do código 82000557 (Cunha Proximal). | Radiografia. |
| CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO | 82000417 | 40.00.313-0 | R$ 166,82 | Para a redução de bolsas infra-ósseas profundas por meio de retalho mucoperiostal, debridamento da superfície radicular e correçãodas cristas ósseas. | Já inclui a raspagem. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CUNHA PROXIMAL | 82000557 | 40.00.314-040.00.315-0 | R$ 165,25 | Cirurgia periodontal. Inclui cunha distal. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).Máximo de 1 código por dente.Não utilizar junto do código 82000212 (Aumento de coroa). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| ENXERTO GENGIVAL LIVRE | 82000662 | 40.00.301-5 | R$ 198,26 | Cirurgia para aumentar a faixa de mucosaqueratinizada com tecido retirado de outra área da boca. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Um código por dente. | Preenchimento do campo "Laudo" dosistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| ENXERTO PEDICULADO | 82000689 | 40.00.302-0 | R$ 156,85 | Recobrimento radicular de áreas de retração gengival com tecido oriundo de região adjacente e que se mantém ligado ao sítio de origem. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Um código por dente. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| GENGIVECTOMIA | 82000921 | 40.00.312-0 | R$ 162,10 | Gengivectomia por sextante. | Cirurgia para remoção do excesso gengival por sextante.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).Não pode ser realizada junto com código de Gengivoplastia (82000948). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| GENGIVOPLASTIA | 82000948 | não há | R$ 162,10 | Gengivoplastia por sextante. | Cirurgia para remoção do excesso gengival por sextante.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte)Não pode ser realizada junto com código de Gengivectomia (82000921). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES | 85300020 | 40.00.307-0 | R$ 122,77 | Imobilização dentária de dentes permanentes, inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes. | Inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ODONTOSSECÇÃO | 82001073 | 40.00.321-0 | R$ 166,82 | Odontossecção para tratamento e manutenção de dentes multirradiculares com comprometimento periodontal. | Inclui procedimentos periodontais para a manutenção da parte sadiaNão se aplica a odontossecção realizada durante o procedimento de exodontia, pois esta já está contemplada no código principal.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RASPAGEM SUB-GENGIVAL E ALISAMENTO RADICULAR/CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL | 85300039 | 40.00.301-0 | R$ 56,65 | Raspagem subgengival para pacientes com comprometimento periodontal (IPC 3 ou 4). | Máximo de 1 código por sextante (máximo de 6 códigos) a cada **4 meses** para cada paciente. Situações especiais que necessitem de mais sessões enviar relatório paracldfsaúde.odontologia@cl.df.gov.br | Não. |
| RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO | 85300047 | 10.00.051-0 | R$ 62,95 | Raspagem de tártaro supra-gengival e polimento coronário. O código abrange boca inteira. | Máximo de 1 código a cada 6 meses paratodas as especialidades, exceto periodontia. Periodontia: Máximo 1 código a cada 4 meses.Não pode ser utilizado junto com o código PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO(84000198). | Não. |
| TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL | 85300063 | 40.00.325-5 | R$ 87,41 | Tratamento de processo agudo periodontal. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia,se houver. |
| TUNELIZAÇÃO | 82001685 | 40.00.302-5 | R$ 198,26 | Procedimento ressectivo para remoção de defeitos inter-radiculares em dentes com lesões de furca. | Aplica-se para dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesãode Furca Grau II avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |

|  |
| --- |
| **PREVENÇÃO E CARIOLOGIA** |
| ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL | 84000139 | 10.00.052-0 | R$ 37,77 | Instruções ao paciente para controle e prevenção de alterações bucais. | **Todas as especialidades (exceto periodontia):** Máximo de 1 código para cada beneficiário a cada 6 meses**Periodontia:** Máximo de 2 códigos para cada beneficiários a cada 4 meses. | Não. |
| ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS | 87000016 | Não há | R$ 37,77 | Instruções aos responsáveis e cuidadores para controle e prevenção de alterações bucais. | Máximo de duas sessões por ano para cada beneficiário. | Não. |
| CONTROLE DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA) POR ARCADA | 30101123 | 10.00.055-030.00.055-040.00.055-0 | R$ 84,98 | Ações para controle da placa bacteriana. | **Todas as especialidades ( exceto periodontia)**: Máximo de 2 códigos (arcada superior e inferior) a cada 6 meses **Periodontia**: Máximo de 4 códigos (2 arcadasuperior e 2 inferior) a cada 4 meses. | Não. |
| RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO | 85300047 | 10.00.051-0 | R$ 62,95 | Raspagem de tártaro supra-gengival e polimento coronário. O código abrange boca inteira. | Máximo de 1 código a cada 6 meses paratodas as especialidades, exceto periodontia. Periodontia: Máximo 1 código a cada 4 meses.Não pode ser utilizado junto com o código PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO(84000198). | Não. |
| PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO | 84000198 | não há | R$ 20,98 | Polimento coronário das duas arcadas com pasta profilática ou jato de bicarbonato . Não pode ser utilizado junto com raspagem supragengival | Máximo de 1 código a cada 6 meses.Para ser utilizado quando não há necessidade de raspagem, apenas de polimento.Não pode ser utilizado junto com o código RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO ( 85300039). | Não. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO | 84000031 | 30.00.054-5 | R$ 55,08 | Tratamento provisório em dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme indicação do cirurgião-dentista. | Máximo de duas aplicações por ano. Contempla a boca inteira. | Não. |
| APLICAÇÃO DE SELANTE | 84000074 | 10.00.062-0 | R$ 39,37 | Procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes;Procedimento preventivo em fóssulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes. | Máximo de uma aplicação a cada 12 meses em pacientes até 14 anos e em dentes sem restauração oclusal. | Não. |
| APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR | 84000090 | 10.00.053-0 | R$ 34,62 | Aplicação de flúor em gel em todos os dentes. | **Todas as especialidades (exceto periodontia):** Máximo de 1 código a cada 6 meses**Periodontia:** Máximo 1 código a cada 4 meses.Código contempla as duas arcadas. | Não. |
| APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZFLUORETADO | 84000112 | Não há | R$ 13,53 | Aplicação de flúor em verniz por dente | Máximo de 1 código por dente a cada 6meses. | Não. |
| REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA | 84000201 | 10.00.053-5 | R$ 34,45 | Remineralização dentária com flúor para dentes com cárie inicial. Aplicável para casos de manchas brancas (cárie inicial) generalizadas. | Só é liberado em casos de manchas generalizadas.No máximo 4 sessões a cada 12 meses.Código contempla a boca inteira. | Não. |
| ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL | 85100242 | 10.00.068-0 | R$ 96,00 | Remoção e restauração com material provisório de lesões de cárie generalizadas, objetivando estacionar o processo carioso e eliminar sítios de retenção e cavidades múltiplas não restauradas. | Procedimento por hemiarcada.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA) | 85300055 | 10.00.065-0 | R$ 75,50 | Remoção de excessos marginais com manutenção das restaurações. Não se aplica a remoção de tártaro. | Não se aplica para remoção de tártaro. Para isso, utilizar código de raspagem.Procedimento abrange um quadrante.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver. |
| TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO | 83000135 | 10.00.609-0 | R$ 79,83 | Remoção parcial da dentina atingida pela cárie e selamento da cavidade com cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade.Tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos; tratamento temporário em dentes permanentes | Tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos; tratamento temporário em dentes permanentes1 código por dente, independente do número de faces. Máximo de 1 dente por hemiarcada. Para casos de mais de 1 dente por hemiarcada, utilizar o código de adequação do meio bucal (85100242). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver. |

|  |
| --- |
| **PRÓTESE** |
| COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAUÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) | 85400076 | 10.00.603-0 | R$ 96,10 | Coroa provisória em resina. | Tratamento provisório anterior as restaurações indiretas. | Não. |
| REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA | 85400475 | não há | R$ 47,03 | Ajuste da restauração provisória. | Ajuste da restauração provisória.Máximo de 1 vez por dente, por ano, salvo justificativa do profissional através de laudo. | Não. |
| NÚCLEO DE PREENCHIMENTO | 85400211 | 10.00.100-0 | R$ 83,41 | Núcleo de preenchimento para dentes que receberão tratamento protético (não inclui a restauração) ou dentes tratados endodonticamente. | Somente para dentes quereceberão tratamento protético (não inclui a restauração) ou dentes tratados endodonticamente.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA | 85400114 | 10.00.605-0 | R$ 626,81 | Restauração indireta de cerômero para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentista assistente. | Necessidade de autorização prévia.Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.Necessidade de Laudo ou documentação a ser enviada via sistema (ver coluna seguinte).Quando não houver documentação disponível, a perícia presencial pode ser necessária. | Radiografia. |
| REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA | 85400149 | 10.00.606-0 | R$ 283,83 | Restauração indireta metálica para dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem por Restauração Metálica Fundida. | Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.Necessidade de documentação (ver coluna seguinte).Quando não houver documentação disponível, a perícia presencial pode ser necessária. | Radiografia. |
| REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO INCLUI A PEÇA PROTÉTICA | 85400220 | 10.00.607-0 | R$ 177,40 | Núcleo metálico fundido intrarradicular para dentes que receberão restaurações indiretas e possuem ampla destruição coronária com tratamento endodôntico prévio. | Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.Necessidade de documentação (ver coluna seguinte).Quando não houver documentação disponível, a perícia presencial pode sernecessária. | Radiografia inicial e Final. |
| REABILITAÇÃO COM NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA | 85400262 | 10.00.607-0 | R$ 177,40 | Instalação de núcleo pré-fabricado (metal, fibra de vidro ou fibra de carbono) em dentes tratados endodonticamente que necessitem de maior retenção da restauração. | Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.Necessidade de documentação (ver coluna seguinte) | Radiografia inicial e Final. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA | 85400556 | 10.00.608-0 | R$ 257,22 | Restauração indireta para: a. dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto;b. dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas. | Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.Necessidade de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RECIMENTAÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO | 85400467 | 10.00.407-0 | R$ 28,26 | Recimentação | Máximo de 3 código **por dente** a cada 6 meses.Não se aplica a cimentação final de uma prótese definitiva, pois já está incluída no código principal. | Não. |
| REMOÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO | 85400505 | 20.00.208-0 | R$ 107,02 | Remoção de peça protética quando hánecessidade de realização de novo tratamento endodôntico ou restaurador. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL C/ ARMAÇÃO METÁLICA E GRAMPOS FUNDIDOS BILATERAL | 85400386 | 10.00.425-0 | R$ 1.136,29 | Confecção, instalação e ajustes de prótese parcial removível. | O prazo pra repetição do código é de 36 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO | 85400394 | 10.00.425-5 | R$ 554,19 | Prótese parcial provisória. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| PRÓTESE TOTAL | 85400408 | 10.00.429-0 | R$ 1.208,69 | Confecção, instalação e ajustes de prótese total removível. | O prazo pra repetição do código é de 36 meses.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PRÓTESE TOTAL IMEDIATA | 85400416 | 10.00.429-5 | R$ 805,98 | Confecção de prótese total para instalação logoapós a remoção dos elementos dentários. | Necessidade de envio de documentação (vercoluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissionaljustificando a necessidade. |
| REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL (PRAZO INTERVALAR DE 1 ANO) | 85400491 | 10.00.432-0 | R$ 195,15 | Reembasamento de prótese removível | O prazo pra repetição do código é de 12 meses.Não pode ser solicitado no momento da instalação de prótese removível, pois já está contemplado no código principal. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CONSERTO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL OU PRÓTESE TOTAL - INCLUSIVE REPARO OUSUBSTITUIÇÃO DE DENTES | 85400050 | 10.00.438-0 | R$ 89,70 | Conserto de prótese removível. | Não pode ser solicitado no momento da instalação de prótese removível, pois já está contemplado no código principal. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| REABILITAÇÃO COM COROA METALO-CERÂMICA | 85400157 | 10.00.605-5 | R$ 775,02 | Restauração indireta com metalo-cerâmica para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentistaassistente. | Necessidade de autorização prévia.Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses. | Radiografia. |

|  |
| --- |
| **RADIOLOGIA** |
| RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING | 81000375 | 10.00.022-020.00.022-0 | R$ 14,17 | Radiografia intraoral para visualização da região interproximal em dentes posteriores. | Necessidade de envio de documentação quando realizado em clínica radiológica (ver coluna seguinte) | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| RADIOGRAFIA OCLUSAL | 81000383 | 30.00.023-0 | R$ 29,91 | Radiografia intraoral para avaliação dos dentes e da estrutura óssea da maxila ou mandíbula. | Necessidade de envio de documentação quando realizado em clínica radiológica (ver coluna seguinte) | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA) | 81000405 | 10.00.023-5 | R$ 58,95 | Radiografia extraoral para visualização de dentes e estruturas ósseas da maxila e da mandíbula. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| RADIOGRAFIA PERIAPICAL | 81000421 | 10.00.021-020.00.021-0 | R$ 14,17 | Radiografia intraoral que objetiva a visualização do dente e de seu periápice. | Necessidade de envio de documentação quando realizado em clínica radiológica (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO/PERIAPICAL COMPLETO) | 81000294 | Não há | R$ 198,38 | Exame periapical completo, que contempla 14 radiografias periapicais. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR | 40801110 | 60.00.711-5 | R$ 105,41 | Radiografia da articulação temporomandibular. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| RADIOGRAFIA DE MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA | 40803139 | 60.00.712-0 | R$ 57,72 | Radiografia de mãos e punhos para idade óssea. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE | 40801098 | 60.00.712-5 | R$ 48,93 | Radiografia de ossos da face. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE | 40801063 | 60.00.713-0 | R$ 48,93 | Radiografia dos seios da face. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES UNILATERAL | 60.00.713-5 | 60.00.713-5 | R$ 186,97 | Tomografia da ATM unilateral. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (BILATERAL) | 41001044 | 60.00.713-6 | R$ 339,01 | Tomografia da ATM bilateral. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE | 41001036 | 60.00.714-0 | R$ 311,19 | Tomografia de face ou seio da face. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAXILA | 41001281 | 60.00.714-5 | R$ 313,70 | Tomografia computadorizada da maxila. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDÍBULA | 41001273 | 60.00.714-5 | R$ 313,70 | Tomografia computadorizada da mandíbula. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 1 DENTE | 60.00.715-0 | 60.00.715-0 | R$ 143,51 | Tomografia computadorizada 1 dente. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 2 DENTES MESMA ARCADA | 60.00.715-1 | 60.00.715-1 | R$ 204,33 | Tomografia computadorizada 2 dentes. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 3 DENTES MESMA ARCADA | 60.00.715-2 | 60.00.715-2 | R$ 270,47 | Tomografia computadorizada 3 dentes. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 4 DENTES MESMA ARCADA | 60.00.715-3 | 60.00.715-3 | R$ 313,70 | Tomografia computadorizada 4 dentes. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com:1- Nome completo do paciente 2- Data1. Exames solicitados
2. Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
 |

|  |
| --- |
| **TRAUMATOLOGIA** |
| REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA | 82001170 | Não há | R$ 198,55 | Redução da fratura do alvéolo por meio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentosósseos fraturados | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA | 82001189 | 50.00.569-0 | R$ 94,11 | Redução da fratura do alvéolo por meio demanobra bidigital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| REIMPLANTE DE DENTE AVULSIONADO COM CONTENÇÃO | 82001251 | 10.00.568-5 | R$ 173,13 | Reimplante de dente avulsionado por causa traumática. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).Já contempla a contenção. | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS | 85000787 | 40.00.307-0 | R$ 122,77 | Imobilização dentária de dentes decíduos, inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3dentes. | Inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES | 85300020 | 40.00.307-0 | R$ 122,77 | Imobilização dentária de dentes permanentes, inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes. | Inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes.Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

|  |
| --- |
| **OBSERVAÇÕES** |
| Em alguns casos, será necessária perícia presencial. O setor de perícia comunicará à clínica, via sistema ou e-mail, quando houver necessidade. |
| Caso necessário, o setor de perícia poderá exigir perícia final para qualquer procedimento antes do faturamento. |
| Procedimentos que necessitem de realização em ambiente hospitalar terão o valor de tabela dobrado e serão pagos por reembolso. |
| A percentagem paga pelo Fascal (56% do valor de tabela) para procedimentos protéticos (coroas, núcleos fundidos, pinos pré fabricados, próteses removíveis...) possui como limite anual, por beneficiário, o valor de 5coroas metalo-cerâmicas. |
| As radiografias solicitadas pela pericia são aquelas já realizadas com a finalidade de diagnóstico ou durante a execução do tratamento. Tomadas radiográficas não devem ser realizadas apenas com finalidade dedocumentação para auditoria odontológica. |