

## Tabela Odontológica Fascal

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Cariologia</b>						
<b>APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO</b>	84000031	Inicial	R\$ 55.08	Não	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.	<b>Observações:</b> 1- Máximo de duas aplicações por ano. 2- Contempla a boca inteira.
<b>APLICAÇÃO DE SELANTE</b>	84000074	Inicial	R\$ 39.37	Não	Consiste na aplicação de produtos ionoméricos, resinas fluidas, foto ou quimicamente polimerizadas nas fóssulas e sulcos de dentes posteriores decíduos e/ou permanentes e na face palatina de incisivos superiores permanentes.	<b>Observações:</b> 1- Máximo de 1 aplicação, por dente, a cada 12 meses. 2- Para pacientes até 13 anos incompletos. 3- Não pode ser solicitado junto com restauração na face Oclusal.
<b>APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR</b>	84000090	Inicial	R\$ 34.62	Não	Consiste na aplicação direta de produtos fluorados sobre a superfície dental, sendo realizada, somente, após profilaxia.	<b>Observações:</b> <b>1- Todas as especialidades ( exceto periodontia):</b> Máximo de 1 código a cada 6 meses. <b>2- Periodontia:</b> Máximo 1 código a cada 4 meses. 3-Código contempla as duas arcadas.
<b>APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO</b>	84000112	Inicial	R\$ 13.53	Não	Aplicação de flúor em verniz por dente.	<b>Observações:</b> 1- Máximo de 1 código por dente a cada 6 meses.
<b>REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA</b>	84000201	Inicial	R\$ 74.03	Não	Remineralização dentária com flúor para dentes com cárie inicial. Aplicável para casos de manchas brancas (cárie inicial) generalizadas.	<b>Observações:</b> 1-Só é liberado em casos de manchas generalizadas. 2- No máximo 4 sessões a cada 12 meses. 3- Código contempla a boca inteira.
<b>ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL</b>	85100242	Inicial	R\$ 99.30	Não	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.	<b>Observações:</b> 1-Procedimento por hemiarcada. 2-Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	85300055	Inicial	R\$ 75.50	Não	Remoção de excesso marginais com manutenção das restaurações Não se aplica a remoção de tártaro.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1-Não se aplica para remoção de tártaro. Para isso, utilizar código de raspagem. 2- Procedimento abrange um quadrante.
TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO	83000135	Inicial	R\$ 79.83	Não	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	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1- Um código por dente, independente do número de faces. 2- Máximo de 1 dente por hemiarcada. Para casos de mais de 1 dente por hemiarcada utilizar o código de adequação do meio bucal (85100242).
<b>Cirurgia</b>						
REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM	40709035	Final	R\$ 226.04	Não	Redução não cirúrgica da luxação da ATM.	<b>Perícia Final:</b> 1-Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
BIÓPSIA DE LÁBIO	30201012	Inicial	R\$ 231.34	Não	Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica.	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. 2- Relatório deve conter a descrição detalhada e o local da lesão.
FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LABIAL	30201063	Inicial	R\$ 164.07	Odontopediatra Periodontista Bucomaxilofacial	Cirurgia com corte do freio labial.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
FRENULECTOMIA LABIAL	82000883	Inicial	R\$ 166.56	Odontopediatra Periodontista Bucomaxilofacial	Cirurgia com remoção parcial do freio labial.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
ALVEOLOPLASTIA	82000034	Inicial	R\$ 143.24	Não	Correção plástica do processo alveolar.	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1-Procedimento por quadrante. 2- Não contempla a alveoloplastia realizada após a exodontia de um elemento dentário. Aplica-se em exodontias múltiplas de dente contíguos na mesma hemiarcada.
APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	82000190	Inicial	R\$ 143.22	Periodontista Bucomaxilofacial	Realização de incisão cirúrgica para refazer o sulco existente entre a mucosa interna do lábio e a gengiva com a finalidade de aumentar a área chapeada para prótese.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
BIÓPSIA DE BOCA	30202027	Inicial	R\$ 196.82	Não	Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica.	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. 2- Relatório deve conter a descrição detalhada e o local da lesão.
BRIDECTOMIA	82000298	Inicial	R\$ 138.49	Não	Cirurgia com remoção parcial da brida.	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
BRIDOTOMIA	82000301	Inicial	R\$ 138.49	Não	Cirurgia com corte da brida.	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	82000352	Inicial	R\$ 167.20	Periodontista Bucomaxilofacial	Remoção de exostose em maxila com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente.	<b>Perícia inicial:</b> 1- Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1-Não se aplica a Torus Palatino. Para esse, utilizar o código (82000395). 2-Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gerar alguma dificuldade funcional ao paciente.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL</b>	82000387	Inicial	R\$ 135.38	Periodontista Bucomaxilofacial	Remoção de exostose em mandíbula com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1-Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gerar alguma dificuldade funcional ao paciente.
<b>CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL</b>	82000360	Inicial	R\$ 231.65	Periodontista Bucomaxilofacial	Remoção de exostose em mandíbula com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1- Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gerar alguma dificuldade funcional ao paciente.
<b>CIRURGIA PARA TORUS PALATINO</b>	82000395	Inicial	R\$ 181.54	Periodontista Bucomaxilofacial	Remoção de exostose em palato com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1- Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gerar alguma dificuldade funcional ao paciente.
<b>CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL</b>	82000468	Final	R\$ 66.57	Não	Controle de hemorragia com uso de agente hemostático. Não inclui o controle hemostático padrão pós-cirurgia.	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1- Somente para casos de sangramento exarcebado e de difícil controle. 2-Não inclui a hemostasia pós-procedimento cirúrgico sem intercorrências.
<b>CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL</b>	82000484	Final	R\$ 66.57	Não	Controle de hemorragia. Não inclui o controle hemostático padrão pós-cirurgia.	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1- Somente para casos de sangramento exarcebado e de difícil controle. 2-Não inclui a hemostasia pós-procedimento cirúrgico sem intercorrências.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO- FACIAL	82001022	Final	R\$ 90.88	Não	Incisão extra-oral, irrigação e colocação de dreno em casos de abscessos ou hematoma.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento e especificando a área acometida.
INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO- FACIAL	82001030	Final	R\$ 72.40	Não	Incisão intra-oral, irrigação e colocação de dreno em casos de abscessos ou hematoma.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento e especificando a área acometida.
EXODONTIA A RETALHO	82000816	Inicial	R\$ 131.56	Não	Exodontia quando há necessidade de retalho.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia.
EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	82000859	Inicial	R\$ 119.21	Não	Exodontia de raiz residual.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia.
EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	83000089	Inicial	R\$ 53.43	não	Exodontia simples de dentes deciduos, sem necessidade de retalho.	<b>Observação:</b> Só permitida a utilização de 1 código por dente para toda a vida.
EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	82000875	Inicial	R\$ 103.07	Não	Exodontia simples de dentes permanentes, sem necessidade de retalho.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia.
RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	30201080	Inicial	R\$ 412.78	Periodontista Bucomaxilofacial	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 sulcoplastia.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	82001286	Inicial	R\$ 265.97	Não	Exodontia de dentes que não conseguiram erupcionar.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia.
REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS OU TERCEIROS MOLARES	82001294	Inicial	R\$ 176.56	Não	Exodontia de dentes com erupção incompleta ou de dentes terceiros molares.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia.
REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL	82001308	Inicial	R\$ 24.04	Não	Remoção do dreno colocado nos procedimentos de incisão e drenagem.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL	82001316	Inicial	R\$ 24.04	Não	Remoção do dreno colocado nos procedimentos de incisão e drenagem.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL	82001510	Inicial	R\$ 266.55	Periodontista Bucomaxilofacial	Tratamento cirúrgico da comunicação da boca com a cavidade nasal, quando for realizada em consultório odontológico.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL	82001529	Inicial	R\$ 266.55	Periodontista Bucomaxilofacial	Tratamento cirúrgico da comunicação da boca com o seio maxilar, quando for realizada em consultório odontológico.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82000743	Inicial	R\$ 174.19	Não	Remoção de lesão (lipoma).	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	82001553	Inicial	R\$ 284.01	Não	Remoção de tecido hiperplásico.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82001618	Inicial	R\$ 257.53	Não	Remoção de tumor de tecido mole.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
TRATAMENTO DE ALVEOLITE	82001650	Final	R\$ 108.98	Não	Tratamento de alveolite.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
ULECTOMIA	82001707	Inicial	R\$ 97.55	Não	Remoção de um processo hipertrófico mucogengival que normalmente envolve dentes não erupcionados.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
ULOTOMIA	82001715	Inicial	R\$ 100.88	Não	Incisão no capuz mucoso para erupção do dente permanente.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
BIÓPSIA DE LÍNGUA	30203031	Inicial	R\$ 198.38	Não	Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LINGUAL	30203015	Inicial	R\$ 150.67	Não	Realização de incisão da hipertrofia do tecido fibro-mucoso do freio lingual.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
FRENULECTOMIA LINGUAL	82000891	Inicial	R\$ 163.34	Não	Ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibro-mucoso presente na base da língua.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	30204011	Inicial	R\$ 200.07	Periodontista Bucomaxilofacial	Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR	82000778	Inicial	R\$ 236.69	Bucomaxilofacial	Remoção cirúrgica de cálculo salivar. Inclui a plastia do ducto salivar.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> Inclui a plastia do ducto salivar.
EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE	82000794	Inicial	R\$ 167.21	Periodontista Bucomaxilofacial	Remoção cirúrgica de lesão tumoral dos tecidos moles (principalmente lábios) que se desenvolvem nas glândulas salivares da mucosa bucal.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA	82000808	Inicial	R\$ 482.64	Bucomaxilofacial	Remoção cirúrgica de cisto de retenção no assoalho da boca associado aos ductos da glândula submandibular ou sublingual salivar.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> Inclui a plastia do ducto salivar.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82001499	Final	R\$ 130.13	Não	Sutura de ferida.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
BIÓPSIA DE MANDÍBULA	30211018	Inicial	R\$ 218.86	Bucomaxilofacial	Cirurgia para biópsia incisional e excisiona de lesões intraósseas na mandíbula. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia e/ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
BIÓPSIA DE MAXILA	82000280	Inicial	R\$ 218.86	Bucomaxilofacial	Cirurgia para biópsia incisional e excisiona de lesões intraósseas na maxila. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia e/ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO	82001634	Inicial	R\$ 187.74	Bucomaxilofacial	Cirurgia para remoção de tumores odontogênicos benignos.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia e/ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
REMOÇÃO DE ODONTOMA	82001367	Inicial	R\$ 195.95	Bucomaxilofacial	Cirurgia para remoção de odontoma.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia e/ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82001588	Inicial	R\$ 290.30	Bucomaxilofacial	Cirurgia para remoção de hiperplasias ósseas e cartilaginosas. Não contempla tórus mandibular e palatino que possuem códigos específicos.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia e/ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observação:</b> Não contempla tórus mandibular e palatino que possuem códigos específicos.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82001596	Inicial	R\$ 309.11	Bucomaxilofacial	Cirurgia para remoção de tumores benignos ósseos e cartilaginosos na região buco-maxilo-facial.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia e/ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA	82000786	Inicial	R\$ 201.97	Periodontista Bucomaxilofacial	Cirurgia para remoção de pequenos cistos da mandíbula. Não se aplica para cistos radiculares removidos no momento da exodontia.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observação:</b> Não se aplica para cistos radiculares removidos no momento da exodontia.
<b>Clínica Geral</b>						
AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	85400017	Inicial	R\$ 73.98	Não	Ajuste dos contatos oclusais por acréscimo de material restaurador.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1-Máximo de 3 sessões por ano. 2-Código contempla a boca inteira.
AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	85400025	Inicial	R\$ 73.98	Não	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.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1-Não inclui ajuste oclusal realizado após as restaurações diretas e indiretas, salvo para as indiretas a partir de quatro elementos. 2- Máximo de 2 sessões. 3- Código contempla a boca inteira.
CAPEAMENTO PULPAR DIRETO - EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL	85100013	Final	R\$ 99.76	Não	Aplicação de medicação diretamente sobre a polpa exposta, na tentativa de preservação da vitalidade dentária.	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento ou radiografia.
COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	85100048	Final	R\$ 95.22	Não	Colagem do fragmento do dente fraturado.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> Para dentes anteriores.
FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	85100064	Inicial	R\$ 163.46	Não	Resina que abrange toda a face vestibular de dentes anteriores, já abrange a incisal e as faces proximais.	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar radiografia realizada. <b>Observações:</b> 1-Procedimentos exclusivamente estéticos não serão autorizados. 2- Resina que abrange toda a face vestibular de dentes anteriores, já abrange a incisal e as faces proximais.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Gengivectomia unitária</b>	10.00.312-5	Inicial	R\$ 28.32	Não	Gengivectomia unitária para casos de adaptação do grampo ou para realizar a restauração.	<b>Observação:</b> Para gengivectomias pontuais (adaptação de grampo ou realização de restauração). Para cirurgias mais extensas, utilizar o código de gengivoplastia.
<b>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO</b>	85300047	Inicial	R\$ 62.95	Não	raspagem de tártaro supra-gengival e polimento coronário. O código abrange boca inteira.	<b>Observações:</b> 1-Máximo de 1 código a cada 6 meses para todas as especialidades, exceto periodontia. 2- Periodontia: Máximo 1 código a cada 4 meses. 3- Não pode ser utilizado junto com o código PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO (84000198) e com os códigos de Pacote Prevenção com raspagem e pacote prevenção sem raspagem.
<b>RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 1 FACE</b>	85100099	Inicial	R\$ 58.24	Não	Restauração direta em amálgama, quando envolver apenas 1 face do dente.	<b>Perícia inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Observações:</b> 1- Somente 1 código de restauração de amálgama por dente, de acordo com o número de faces acometidas. Independente do número de preparos. 2- O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.
<b>RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 2 FACES</b>	85100102	Inicial	R\$ 69.24	Não	Restauração direta em amálgama, quando envolver 2 faces do dente.	<b>Perícia inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Observações:</b> 1- Somente 1 código de restauração de amálgama por dente, de acordo com o número de faces acometidas. Independente do número de preparos. 2- O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.
<b>RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 3 FACES</b>	85100110	Inicial	R\$ 78.69	Não	Restauração direta em amálgama, quando envolver 3 faces do dente.	<b>Perícia inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Observações:</b> 1- Somente 1 código de restauração de amálgama por dente, de acordo com o número de faces acometidas. Independente do número de preparos. 2- O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.
<b>RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 4 FACES</b>	85100129	Inicial	R\$ 102.31	Não	Restauração direta em amálgama, quando envolver 4 faces do dente.	<b>Perícia inicial:</b> Enviar radiografia <b>Observações:</b> 1- Somente 1 código de restauração de amálgama por dente, de acordo com o número de faces acometidas. Independente do número de preparos. 2- O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 1 FACE	85100137	Inicial	R\$ 88.87	Não	Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver apenas 1 face do dente.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia realizada. <b>Observações:</b> 1-Somente 1 código de restauração de ionômero de vidro por dente, de acordo com o número de faces acometidas. Independente do número de preparos. 2-O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 2 FACES	85100145	Inicial	R\$ 102.89	Não	Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver 2 faces do dente.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia realizada. <b>Observações:</b> 1-Somente 1 código de restauração de ionômero de vidro por dente, de acordo com o número de faces acometidas. Independente do número de preparos. 2-O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 3 FACES	85100153	Inicial	R\$ 110.89	Não	Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver 3 faces do dente.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia realizada. <b>Observações:</b> 1-Somente 1 código de restauração de ionômero de vidro por dente, de acordo com o número de faces acometidas. Independente do número de preparos. 2-O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 4 FACES	85100161	Inicial	R\$ 130.39	Não	Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver 4 faces do dente.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia realizada. <b>Observações:</b> 1-Somente 1 código de restauração de ionômero de vidro por dente, de acordo com o número de faces acometidas. Independente do número de preparos. 2-O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses.
RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	85100196	Inicial	R\$ 79.01	Não	Restauração direta em resina, quando envolver apenas 1 face do dente.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Radiografia e/ou Foto, quando realizadas. <b>Observações:</b> 1-O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. 2-Código de acordo com o número de faces que serão restauradas, independente do número de preparos. 3- Somente 1 código por dente, salvo para restaurações de Só poderá ser liberado mais de 5 faces ( máximo 2 códigos).

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	85100200	Inicial	R\$ 104.34	Não	Restauração direta em resina, quando envolver 2 faces do dente.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Radiografia e/ou Foto, quando realizadas. <b>Observações:</b> 1-O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. 2-Código de acordo com o número de faces que serão restauradas, independente do número de preparos. 3- Somente 1 código por dente, salvo para restaurações de Só poderá ser liberado mais de 5 faces ( máximo 2 códigos).
RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	85100218	Inicial	R\$ 126.84	Não	Restauração direta em resina, quando envolver 3 faces do dente.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Radiografia e/ou Foto, quando realizadas. <b>Observações:</b> 1-O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. 2-Código de acordo com o número de faces que serão restauradas, independente do número de preparos. 3- Somente 1 código por dente, salvo para restaurações de Só poderá ser liberado mais de 5 faces ( máximo 2 códigos).
RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	85100226	Inicial	R\$ 162.55	Não	Restauração direta em resina, quando envolver 4 faces do dente.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Radiografia e/ou Foto, quando realizadas. <b>Observações:</b> 1-O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. 2-Código de acordo com o número de faces que serão restauradas, independente do número de preparos. 3- Somente 1 código por dente, salvo para restaurações de Só poderá ser liberado mais de 5 faces ( máximo 2 códigos).
RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	85200085	Inicial	R\$ 62.79	Não	Curativo dentário temporário.	<b>Perícia inicial:</b> 1- Radiografia e/ou Foto, quando realizadas. <b>Observações:</b> Utilizar apenas 1 código por dente, independente do número de faces envolvidas.
TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA	10.00.506-5	Final	R\$ 79.47	Não	Orientação e prescrição medicamentosa para casos de dor aguda. Não pode ser utilizado concomitante a outros códigos de tratamentos agudos.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
FALTA	10.00.014-0	Inicial	R\$ 64.54	Não	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 pelo beneficiário, através da assinatura da guia.	<b>Observação:</b> A guia deve ser assinada pelo beneficiário para faturamento.

**Diagnóstico e Plano de Tratamento**

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
CONSULTA ODONTOLÓGICA	81000030	Inicial	R\$ 62.77	Não	Consulta para avaliação dos especialistas e para avaliações pontuais entre as consultas odontológicas iniciais (subsequente após a consulta inicial).	<b>Observações:</b> 1- Máximo de 1 consulta <b>por profissional</b> a cada 60 dias. 2- Só pode ser utilizado pelo mesmo profissional, no mínimo, 60 dias após a consulta odontológica inicial (81000065).
CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	81000065	Inicial	R\$ 79.73	Não	Consulta odontológica com anamnese e exame físico completo e definição do plano de tratamento.	<b>Observações:</b> 1- Máximo de 1 consulta <b>por clínica odontológica</b> a cada 6 meses. 2- Só pode ser utilizado pelo mesmo profissional, no mínimo, 60 dias após a consulta odontológica (81000030).
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	81000049	Final	R\$ 106.68	Não	Consulta odontológica quando há motivo odontológico que impeça o beneficiário de esperar o agendamento. Por exemplo: Pulpite, Abscesso dentário, Fratura dentária...	<b>Perícia Final:</b> 1- Enviar relatório profissional justificando a urgência.
CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA	81000073	Inicial	R\$ 94.45	Não	Consulta para análise técnica realizada por dentista auditor.	<b>Observações:</b> Consulta em caso de necessidade de parecer técnico especializado para suporte dos auditores da FASCAL.
COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82000441	Inicial	R\$ 50.44	Não	raspado para exame de diagnóstico.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82001103	Inicial	R\$ 101.48	Não	Punção para exame de diagnóstico.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
TESTE DE PH SALIVAR (ACIDEZ SALIVAR)	84000252	Inicial	R\$ 43.93	Não	Medição do pH da saliva.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
TESTE DE FLUXO SALIVAR	41401654	Inicial	R\$ 45.05	Não	Medição do volume salivar por tempo.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.

DTM

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Avaliação para Diagnóstico e Tratamento de DTM</b>	8.00.80.010	Inicial	R\$ 178.94	DTM	Corresponde à consulta inicial de investigação (composta de uma ou mais visitas) para definir o diagnóstico e o prognóstico e a consequente proposta de tratamento ou encaminhamento.	<b>Observações:</b> 1-Não poderá ser cobrado em conjunto com consulta inicial. 2- No máximo 1 consulta a cada 6 meses.
<b>Tratamento de DTM (até 10 por ano)</b>	8.00.80.020	Inicial	R\$ 144.00	DTM	Consiste na orientação, avaliação e/ou correção de hábitos parafuncionais com ênfase no aspecto cognitivo comportamental e na atenção às dores agudas presentes. Estão incluídos administração de fármacos, infiltrações com anestésicos, ajustes oclusais, jig e demais terapias necessárias.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Relatório do profissional especificando a patologia e os tratamentos a serem realizados por sessão. <b>Observação:</b> Por sessão, no máximo de 10 sessões. Só cabe o pagamento de uma sessão por data de atendimento.
<b>Placa Oclusal (Placa estabilizadora, placa de posicionamento anterior)</b>	8.54.00.254	Inicial	R\$ 539.00	DTM	Confecção de placa Oclusal para tratamento de DTM.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Relatório do profissional especificando a patologia. <b>Observações:</b> 1-Serão aceitas apenas placas rígidas. Não serão aceitas placas de silicone e correlatos. 2- Prazo para repetição do procedimento é de 12 meses. 3- Já estão inclusos os ajustes oclusais necessários.

### Endodontia

<b>APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA</b>	82000077	Inicial e Final	R\$ 231.35	Endodontista Bucomaxilofacial	Remoção do ápice de dentes com lesão e obturação.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final.
<b>APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA</b>	82000085	Inicial e Final	R\$ 210.90	Endodontista Bucomaxilofacial	Remoção do ápice de dentes com lesão.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final.
<b>APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA</b>	82000158	Inicial e Final	R\$ 272.26	Endodontista Bucomaxilofacial	Remoção do ápice de dentes com lesão e obturação.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final.
<b>APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA</b>	82000166	Inicial e Final	R\$ 250.23	Endodontista Bucomaxilofacial	Remoção do ápice de dentes com lesão.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	82000174	Inicial e Final	R\$ 192.00	Endodontista Bucomaxilofacial	Remoção do ápice de dentes com lesão e obturação.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final.
APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	82000182	Inicial e Final	R\$ 173.13	Endodontista Bucomaxilofacial	Remoção do ápice de dentes com lesão.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final.
PULPOTOMIA	85200042	Final	R\$ 102.04	Não	Remoção da polpa coronária	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Observações:</b> 1-Não pode ser utilizado junto com pulpectomia. 2-Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	85200050	Inicial e Final	R\$ 85.17	Endodontista	Retirar o corpo estranho da cavidade intrarradicular, com finalidade endodôntica ou protética.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final.
REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRACANAL	85200077	Inicial	R\$ 129.82	Não	Remoção de núcleo intracanal para retratamento endodôntico ou protético.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou tomografia.
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	85200093	Inicial e Final	R\$ 354.59	Endodontista	Retratameto do canal de dentes permanentes com duas raízes.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final. <b>Observações:</b> 1-Para o tratamento serão liberadas no máximo 6 radiografias periapicais (81000421) . 2-Para o tratameto serão liberados no máximo duas restaurações temporária (85200085).
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	85200107	Inicial e Final	R\$ 597.47	Endodontista	Retratameto do canal de dentes permanentes com mais de duas raízes.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final. <b>Observações:</b> 1-Para o tratamento serão liberadas no máximo 8 radiografias periapicais (81000421) . 2-Para o tratameto serão liberados no máximo duas restaurações temporária (85200085).

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	85200115	Inicial e Final	R\$ 264.91	Endodontista	Retratameto do canal de dentes permanentes com uma raiz.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final. <b>Observações:</b> 1-Para o tratamento serão liberadas no máximo 6 radiografias periapicais (81000421) . 2-Para o tratameto serão liberados no máximo duas restaurações temporária (85200085).
TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO (RADICULAR/CÂMARA PULPAR)	85200123	Inicial e Final	R\$ 138.48	Endodontista	Tratamento de perfuração de raiz ou câmara pulpar.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final. <b>Observações:</b> 1-Para o tratamento serão liberadas no máximo 8 radiografias periapicais (81000421) . 2-Para o tratameto serão liberados no máximo duas restaurações temporária (85200085).
TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	85200140	Inicial e Final	R\$ 292.09	Endodontista	Tratamento endodôntico em dentes permanentes com duas raizes.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final <b>Observações:</b> 1-Para o tratamento serão liberadas no máximo 4 radiografias periapicais (81000421) . 2-Para o tratameto serão liberados no máximo duas restaurações temporária (85200085).
TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	85200158	Inicial e Final	R\$ 442.95	Endodontista	Tratamento endodôntico em dentes permanentes com mais de duas raizes. Inclui os molares inferiores com 3 canais.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final. <b>Observações:</b> 1-Para o tratamento serão liberadas no máximo 6 radiografias periapicais (81000421) . 2-Para o tratameto serão liberados no máximo duas restaurações temporária (85200085).

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES</b>	85200166	Inicial e Final	R\$ 219.98	Endodontista	Tratamento endodôntico em dentes permanentes com uma raiz.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final. <b>Observações:</b> 1-Para o tratamento serão liberadas no máximo 4 radiografias periapicais (81000421) . 2-Para o tratameto serão liberados no máximo duas restaurações temporária (85200085).
<b>PULPECTOMIA - Somente nos casos de urgência</b>	85200034	Final	R\$ 93.02	Não	Remoção da polpa radicular nos casos de atendimento de urgência. Não aplicável para pulpectomia realizada durante o tratamento endodôntico planejado.	<b>Perícia Final:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1-Não pode ser utilizado junto com pulpotomia. 2-Para casos de necessidade de pulpectomia de urgência
<b>Laserterapia</b>						
<b>LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE</b>	30202159	Inicial	R\$ 86.17	Habilitado em laserterapia	Aplicação de laser de baixa intensidade em consultório odontológico/clínica ambulatorial para tratamento e prevenção de mucosite oral para pacientes com diagnóstico e tratamento de câncer.	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar formulário de laserterapia preenchido pelo dentista. 2- Enviar laudo médico com diagnóstico da neoplasia. <b>Observações:</b> 1-Cobertura para paciente em tratamento antineoplásico quimioterápico ou radioterápico com área primária de irradiação em região de cabeça e pescoço. 2-O objetivo terapêutico da laserterapia é único e exclusivamente para tratamento preventivo ou curativo de mucosite oral associado a tratamento oncológico. 3-Código deve ser utilizado para boca inteira por sessão. 4- Número máximo de sessões a serem autorizadas está especificado no formulário de laserterapia.
<b>Odontopediatria</b>						
<b>CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA</b>	81000014	Inicial	R\$ 64.54	Odontopediatra	Manejo comportamental para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo.	<b>Observações:</b> 1-Máximo de 2 códigos a cada 6 meses por beneficiário. 2- Máximo de 1 código por dia. 2- Para tratamentos mais extensos, a perícia poderá liberar mais códigos após análise do caso. 3- Para beneficiários até 13 anos incompletos.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	82000700	Inicial	R\$ 92.05	Odontopediatra	Contenção física para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo.	<b>Observações:</b> Máximo de 1 código por dia.
PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	83000127	Inicial	R\$ 93.72	Endodontista Odontopediatra	Remoção da polpa coronária em dente decíduo	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO, AÇO OU POLICARBONATO	87000040	Inicial	R\$ 114.66	Odontopediatra	Aplicável para: a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observação:</b> Aplicável para: a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	85200131	Inicial e Final	R\$ 76.78	Endodontista Odontopediatra	Apicificação por intermédio de técnicas materiais endodônticos indicados.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final. <b>Observações:</b> 1- Um código por sessão. 2- A cada 3 sessões enviar atualização radiográfica.
TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	83000151	Inicial e Final	R\$ 215.05	Endodontista Odontopediatra	Tratamento de canal em dentes decíduos.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia periapical ou tomografia. <b>Perícia Final:</b> Radiografia periapical Final.
<b>Periodontia</b>						
DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	85300012	Inicial	R\$ 50.33	Não	Aplicação de produto dessensibilizante em consultório.	<b>Observações:</b> 1- Aplicação de dessensibilizante em consultório por sextante. 2- Só pode ser utilizado 1 vez a cada 6 meses por sextante. 3- Para pacientes com sensibilidade no sextante solicitado.
AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	82000050	Inicial e Final	R\$ 258.12	Endodontista Periodontista Bucomaxilofacial	Amputação da raiz e obturação.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia inicial. <b>Perícia Final:</b> Enviar radiografia final.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA</b>	82000069	Inicial e Final	R\$ 204.82	Endodontista Periodontista Bucomaxilofacial	Amputação da raiz sem obturação.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia inicial. <b>Perícia Final:</b> Enviar radiografia final.
<b>AUMENTO DE COROA CLÍNICA</b>	82000212	Inicial	R\$ 196.13	Periodontista	Remoção de gengiva e de osso que envolvem a coroa dentária para realização de restaurações com término subgengival.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar a radiografia realizada. <b>Observação:</b> Não utilizar junto do código 82000557 (Cunha Proximal).
<b>CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO</b>	82000417	Inicial	R\$ 201.27	Periodontista	Para a redução de bolsas infra-ósseas profundas por meio de retalho mucoperiostal, debridamento da superfície radicular e correção das cristas ósseas.	<b>Perícia inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1-Já inclui a raspagem. 2-Um código por sextante.
<b>CUNHA PROXIMAL</b>	82000557	Inicial	R\$ 165.25	Periodontista	Cirurgia periodontal. Inclui cunha distal.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1- Máximo de 1 código por dente. 2- Não utilizar junto do código 82000212 (Aumento de coroa).
<b>ENXERTO GENGIVAL LIVRE</b>	82000662	Inicial	R\$ 246.71	Periodontista	Visa aumentar a faixa de mucosa queratinizada com tecido retirado de outra área da boca.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento e especificando a área acometida.
<b>ENXERTO PEDICULADO</b>	82000689	Inicial	R\$ 198.05	Periodontista	Recobrimento radicular de áreas de retração gengival com tecido oriundo de região adjacente e que se mantém ligado ao sítio de origem.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento e especificando a área acometida.
<b>GENGIVECTOMIA</b>	82000921	Inicial	R\$ 193.07	Periodontista	Gengivectomia por sextante.	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1-Cirurgia para remoção do excesso gengival por sextante. 2-Não pode ser realizada junto com código de Gengivoplastia (82000948)
<b>GENGIVOPLASTIA</b>	82000948	Inicial	R\$ 162.10	Periodontista	Gengivoplastia por sextante.	<b>Perícia Inicial:</b> 1-Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1-Cirurgia para remoção do excesso gengival por sextante. 2-Não pode ser realizada junto com código de Gengivectomia(82000921).

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
ODONTOSSECÇÃO	82001073	Inicial	R\$ 166.82	Periodontista	Odontosecção para tratamento e manutenção de dentes multirradiculares com comprometimento periodontal.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1-Inclui procedimentos periodontais para a manutenção da parte sadia. 2- Não se aplica a odontosecção realizada durante o procedimento de exodontia, pois este já está contemplado no código principal.
RASPAGEM SUB-GENGIVAL E ALISAMENTO RADICULAR/CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL	85300039	Inicial	R\$ 56.65	Periodontista	Raspagem subgengival para pacientes com comprometimento periodontal. Necessita ter profundidade de sondagem (bolsa periodontal) maior que 3 mm, em pelo menos 01 dente no sextante.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Anexar periograma ou informação dos pontos de medição dos dentes com sua respectiva face de localização que apresenta bolsa periodontal maior que 3 mm para cada segmento solicitado. <b>Observações:</b> 1- Máximo de 1 código por sextante (máximo de 6 códigos) a cada <b>4 meses</b> para cada paciente. 2- Necessita ter profundidade de sondagem (bolsa periodontal) maior que 3 mm, em pelo menos 01 dente no sextante.
TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL	85300063	Final	R\$ 120.10	Não	Tratamento de processo agudo periodontal.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
TUNELIZAÇÃO	82001685	Inicial	R\$ 198.26	Periodontista	Procedimento ressectivo para remoção de defeitos inter-radulares em dentes com lesões de furca.	<b>Perícia inicial:</b> Radiografia. <b>Observação:</b> Aplica-se para dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca Grau II avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio.
<b>Prevenção</b>						
ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	84000139	Inicial	R\$ 37.77	Não	Instruções ao paciente para controle e prevenção de alterações bucais.	<b>Observações:</b> <b>1- Todos as especialidades exceto periodontia:</b> Máximo de 1 código para cada beneficiário a cada 6 meses. <b>2- Periodontia:</b> Máximo de 1 código para cada beneficiário a cada 4 meses 3- Não pode ser utilizado junto com os códigos de Prevenção(80000001 e 80000002). 4- Não pode ser liberado junto com o código 87000016
Prevenção com raspagem (atividade educativa, controle de biofilme, raspagem supragengival, profilaxia e aplicação tópica de flúor)	80000001	Inicial	R\$ 305.30	Não	Pacote de prevenção que inclui os códigos 84000139; 30101123; 85300047; 84000090.	<b>Observações:</b> 1- Máximo de 1 código para cada beneficiário a cada 6 meses. 2- Não pode ser utilizado junto com os códigos já contemplados no pacote ( 84000139; 30101123; 85300047; 84000090).

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
Prevenção sem raspagem (atividade educativa, controle de biofilme, profilaxia e aplicação tópica de flúor)	80000002	Inicial	R\$ 263.33	Não	Pacote de prevenção que inclui os códigos 84000139; 30101123; 84000198; 84000090.	<b>Observações:</b> 1-Máximo de 1 código para cada beneficiário a cada 6 meses. 2- Não pode ser utilizado junto com os códigos já contemplados no pacote ( 84000139; 30101123; 84000198; 84000090).
Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	87000016	Inicial	R\$ 37.77	não	Instruções aos responsáveis e cuidadores para controle e prevenção de alterações bucais.	<b>Observações:</b> 1- Máximo de 2 códigos para cada beneficiários a cada 6 meses. 2- Não pode ser liberado junto com o código 84000139. 3- Não pode ser liberado junto com os códigos de prevenção.
CONTROLE DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA) POR ARCADA	84000163	Inicial	R\$ 84.98	Não	Ações para controle da placa bacteriana.	<b>Observações:</b> 1- <b>Para todas as especialidades, exceto periodontia:</b> Máximo de 2 códigos (um para arcada superior e um para inferior) a cada 6 meses. 2- <b>Para Periodontista:</b> Máximo de 2 códigos (um para arcada superior e um para inferior) a cada 4 meses. 3- Não pode ser utilizado junto com os códigos de Pacote Prevenção com raspagem e pacote prevenção sem raspagem.
PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	84000198	Inicial	R\$ 20.98	Não	Polimento coronário das duas arcadas com pasta profilática ou jato de bicarbonato .	<b>Observações:</b> 1- <b>Todos as especialidades exceto periodontia:</b> Máximo de 1 código para cada beneficiário a cada 6 meses. 2- <b>Periodontia:</b> Máximo de 1 código a cada 4 meses 3- Para ser utilizado quando não há necessidade de raspagem, apenas de polimento. 4- Não pode ser utilizado junto com o código RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO ( 85300039). 5- Não pode ser utilizado junto com os códigos de Pacote Prevenção com raspagem e pacote prevenção sem raspagem.
<b>Prótese</b>						
COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAURÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) -	85400076	Inicial	R\$ 125.70	Não	Coroa provisória em resina.	<b>Observação:</b> Tratamento provisório anterior as restaurações indiretas.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	85400475	Inicial	R\$ 47.03	Não	Rembasamento da restauração provisória.	<b>Observações:</b> 1- Ajuste da restauração provisória. 2- O reembasamento dos provisórios imediatos ou prensados só serão autorizados nos casos em que houver indicação de aumento de coroa clínica, núcleo metálico fundido e/ou pino pré-fabricado.
NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	85400211	Inicial	R\$ 97.60	Não	Núcleo de preenchimento para dentes que receberão tratamento protético (não inclui a restauração) ou dentes tratados endodonticamente.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observação:</b> Somente para dentes que receberão tratamento protético (não inclui a restauração) ou dentes tratados endodonticamente.
REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	85400114	Inicial	R\$ 626.81	Não	Restauração indireta total de cerômero para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentista assistente.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Observação:</b> Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.
REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	85400149	Inicial	R\$ 371.36	Não	Restauração indireta total metálica para dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Observação:</b> Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.
REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	85400220	Inicial e Final	R\$ 220.29	Não	Núcleo metálico fundido intrarradicular para dentes que receberão restaurações indiretas e possui ampla destruição coronária com tratamento endodôntico prévio.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Observação:</b> Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.
REABILITAÇÃO COM NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	85400262	Inicial e Final	R\$ 177.40	Não	Instalação de núcleo pré-fabricado ( metal, fibra de vidro ou fibra de carbono) em dentes tratados endodônticamente que necessitem de maior retenção da restauração.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Perícia Final:</b> Enviar radiografia. <b>Observação:</b> Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.
REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	85400556	Inicial	R\$ 280.67	Não	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.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Observação:</b> Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
RECIMENTAÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO	85400467	Final	R\$ 50.38	Não	Recimentação de restaurações protéticas provisórias ou premanentes.	<b>Observações:</b> 1-Máximo de 3 código <b>por dente</b> a cada 6 meses. 2-Não se aplica a cimentação final de uma prótese definitiva, pois já está incluída no código principal.
REMOÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO	85400505	Inicial	R\$ 107.02	Não	Remoção de peça protética quando há necessidade de realização de novo tratamento endodôntico ou restaurador.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou tomografia.
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL C/ ARMAÇÃO METÁLICA E GRAMPOS FUNDIDOS BILATERAL	85400386	Inicial e Final	R\$ 1,273.83	Não	Confecção, instalação e ajustes de prótese parcial removível.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observação:</b> O prazo pra repetição do código é de 36 meses.
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO	85400394	Inicial	R\$ 691.30	Não	Protese parcial provisória.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
PRÓTESE TOTAL	85400408	Inicial e Final	R\$ 1,269.50	Não	Confecção, instalação e ajustes de prótese total removível.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observação:</b> O prazo pra repetição do código é de 36 meses.
PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	85400416	Inicial	R\$ 1,029.52	Não	Confecção de prótese total para instalação logo após a remoção dos elementos dentários.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL (Prazo intervalar de 1 ano)	85400491	Inicial	R\$ 195.15	Não	Reembasamento de prótese removível.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observações:</b> 1- O prazo pra repetição do código é de 12 meses 2- Não pode ser solicitado no momento da instalação de prótese removível, pois já está contemplado no código principal.
CONERTO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL OU PRÓTESE TOTAL - inclusive reparo ou substituição de dentes	85400050	Inicial	R\$ 89.70	Não	Conserto de prótese removível.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observação:</b> Não pode ser solicitado no momento da instalação de prótese removível, pois já está contemplado no código principal.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Reabilitação com COROA MÉTALO-CERÂMICA</b>	85400157	Inicial	R\$ 815.99	Não	Restauração indireta total com metalo-cerâmica para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentista assistente.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia <b>Observação:</b> Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.
<b>Prótese fixa por elemento, metalo cerâmica</b>	85400335	Inicial	R\$ 943.02	Não	Confecção de Prótese Fixa em metalo cerâmica.	<b>Perícia Inicial:</b> Radiografia. <b>Observações:</b> 1- Um código por elemento dentário ( pântico ou pilar). 2- Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.
<b>Prótese fixa por elemento, metalo plástica</b>	85400343	Inicial	R\$ 668.77	Não	Confecção de Prótese Fixa em metalo plástica.	<b>Perícia Inicial:</b> Radiografia. <b>Observações:</b> 1- Um código por elemento dentário ( pântico ou pilar). 2- Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.
<b>Prótese fixa adesiva direta (provisória)</b>	85400289	Inicial	R\$ 293.69	Não	Tratamento provisório anterior a instalação de protése fixa adesiva indireta.	<b>Observações:</b> 1- Código já inclui os pânticos e pilares. 2- somente 1 código por região edêntula.
<b>Prótese fixa adesiva indireta metalo-cerâmica, 3 elementos</b>	85400300	Inicial	R\$ 1,212.65	Não	Confecção de Prótese Fixa adesiva em metalo cerâmica.	<b>Observações:</b> 1- Código já inclui os pânticos e pilares. 2- somente 1 código por região edêntula. 3- Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.
<b>Prótese fixa adesiva indireta metalo-plástica, 3 elemento</b>	85400319	Inicial	R\$ 953.74	Não	Confecção de Prótese Fixa adesiva em metalo plástica.	<b>Observações:</b> 1- Código já inclui os pânticos e pilares. 2- somente 1 código por região edêntula. 3- Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
Ponto de solda (para prótese fixa com 3 ou mais elementos)	85400602	Inicial	R\$ 145.76	Não	Solda para os códigos 85400335 e 85400343.	<b>Observação:</b> Pode ser repetido para a mesma região após 24 meses.
Coroa provisória prensada em resina	85400092	Inicial	R\$ 259.33	não	Tratamento provisório anterior as restaurações indiretas.	<b>Observações:</b> 1-Para coroas provisória prensadas em laboratório. 2-Para provisórias realizadas no consultório, utilizar o código 85400076. 3-Já inclui o pino provisório.
Restauração em cerâmica pura - inlay	85400513	Inicial	R\$ 848.26	Não	Restauração indireta inlay em cerâmica pura, para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentista assistente.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Observações:</b> 1- Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.
Restauração em cerômero - inlay	85400548	Inicial	R\$ 529.20	Não	Restauração indireta Inlay em cerômero, para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentista assistente.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Observações:</b> 1- Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
Restauração em cerâmica pura - onlay	85400521	Inicial	R\$ 848.26	Não	Restauração indireta Onlay em cerâmica pura, para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentista assistente.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Observações:</b> 1- Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.
Restauração em cerômero - onlay	85400530	Inicial	R\$ 529.20	Não	Restauração indireta Onlay em cerômero, para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentista assistente.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Observações:</b> 1- Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.
Coroa total em cerâmica pura	85400106	Inicial	R\$ 865.51	Não	Restauração indireta com coroa total em cerâmica pura para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia. <b>Observações:</b> 1- Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.
<b>Radiologia</b>						
RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING	81000375	Inicial	R\$ 14.17	Não	Radiografia intraoral para visualização da região interproximal em dentes posteriores.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profisisonal solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impresos.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
RADIOGRAFIA OCLUSAL	81000383	Inicial	R\$ 29.91	Não	Radiografia intraoral para avaliação dos dentes e da estrutura óssea da maxila ou mandíbula.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA)	81000405	Inicial	R\$ 58.95	Radiologista	Radiografia extraoral para visualização de dentes e estruturas ósseas da maxila e mandíbula.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.
RADIOGRAFIA PERIAPICAL	81000421	Inicial	R\$ 14.17	Não	Radiografia intraoral que objetiva a visualização do dente e de seu periápice.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.
LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO/PERIAPICAL COMPLETO)	81000294	Inicial	R\$ 198.38	Radiologista	Exame periapical completo, que contempla 14 radiografias periapicais.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	40801110	Inicial	R\$ 105.41	Radiologista	Radiografia da articulação temporomandibular.	<p><b>Perícia Inicial:</b>  Enviar pedido odontológico com:  1- Nome completo do paciente  2- Data  3- Exames solicitados  4- Nome e Cro do profissional solicitante  5- Assinatura do profissional solicitante</p> <p><b>Observação:</b>  O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.</p>
RADIOGRAFIA DE MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	40803139	Inicial	R\$ 57.72	Radiologista	Radiografia de mãos e punhos para idade óssea.	<p><b>Perícia Inicial:</b>  Enviar pedido odontológico com:  1- Nome completo do paciente  2- Data  3- Exames solicitados  4- Nome e Cro do profissional solicitante  5- Assinatura do profissional solicitante</p> <p><b>Observação:</b>  O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.</p>
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE	40801098	Inicial	R\$ 48.93	Radiologista	Radiografia de ossos da face.	<p><b>Perícia Inicial:</b>  Enviar pedido odontológico com:  1- Nome completo do paciente  2- Data  3- Exames solicitados  4- Nome e Cro do profissional solicitante  5- Assinatura do profissional solicitante</p> <p><b>Observação:</b>  O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.</p>
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE	40801063	Inicial	R\$ 48.93	Radiologista	Radiografia dos seios da face.	<p><b>Perícia Inicial:</b>  Enviar pedido odontológico com:  1- Nome completo do paciente  2- Data  3- Exames solicitados  4- Nome e Cro do profissional solicitante  5- Assinatura do profissional solicitante</p> <p><b>Observação:</b>  O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES UNILATERAL	60.00.713-5	Inicial	R\$ 186.97	Radiologista	Tomografia da ATM unilateral	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (bilateral)	41001044	Inicial	R\$ 339.01	Radiologista	Tomografia da ATM bilateral.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE	41001036	Inicial	R\$ 311.19	Radiologista	Tomografia de face ou seio da face.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAXILA	41001281	Inicial	R\$ 313.70	Radiologista	Tomografia computadorizada da maxila.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDÍBULA	41001273	Inicial	R\$ 313.70	Radiologista	Tomografia computadorizada da mandíbula.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 1 DENTE	60.00.715-0	Inicial	R\$ 143.51	Radiologista	Tomografia computadorizada 1 dentes.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 2 DENTES MESMA ARCADA	60.00.715-1	Inicial	R\$ 204.33	Radiologista	Tomografia computadorizada 2 dentes.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 3 DENTES MESMA ARCADA	60.00.715-2	Inicial	R\$ 270.47	Radiologista	Tomografia computadorizada 3 dentes.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante <b>Observação:</b> O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 4 DENTES MESMA ARCADA</b>	60.00.715-3	Inicial	R\$ 313.70	Radiologista	Tomografia computadorizada 4 dentes.	<p><b>Perícia Inicial:</b>  Enviar pedido odontológico com:  1- Nome completo do paciente  2- Data  3- Exames solicitados  4- Nome e Cro do profissional solicitante  5- Assinatura do profissional solicitante</p> <p><b>Observação:</b>  O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.</p>
<b>Fotografia (unidade)</b>	81000278	Inicial	R\$ 16.42	Radiologista	Fotografia.	<p><b>Pedido odontológico com:</b>  1- Nome completo do paciente  2- Data  3- Exames solicitados  4- Nome e Cro do profissional solicitante  5- Assinatura do profissional solicitante  6- Indicação da finalidade do exame</p> <p><b>Observações:</b>  1- Serão liberados no máximo 8 fotos para documentação inicial e 8 fotos para documentação final.  2- Apenas para finalidade ortodôntica.  3- O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.</p>
<b>Modelos ortodônticos (par)</b>	81000308	Inicial	R\$ 72.77	Radiologista	Modelos ortodônticos em gesso.	<p><b>Pedido odontológico com:</b>  1- Nome completo do paciente  2- Data  3- Exames solicitados  4- Nome e Cro do profissional solicitante  5- Assinatura do profissional solicitante  6- Indicação da finalidade do exame</p> <p><b>Observações:</b>  1- Quantidade máxima permitida:  a) 1 código para início de tratamento ortodôntico com aparelho fixo.  b) 1 código por aparelho ortopédico ou contenção solicitados.  2- Um código já abrange arcada inferior e superior  3- Apenas para finalidade ortodôntica.  4- O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
Panorâmica com traçado	81000413	Inicial	R\$ 105.68	Radiologista	Panorâmica com traçado para implante.	<p><b>Pedido odontológico com:</b></p> <p>1- Nome completo do paciente  2- Data  3- Exames solicitados  4- Nome e Cro do profissional solicitante  5- Assinatura do profissional solicitante</p> <p><b>Observação:</b>  Observação:O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.</p>
Telerradiografia	81000472	Inicial	R\$ 63.99	Radiologista	Telerradiografia.	<p><b>Pedido odontológico com:</b></p> <p>1- Nome completo do paciente  2- Data  3- Exames solicitados  4- Nome e Cro do profissional solicitante  5- Assinatura do profissional solicitante  6- Indicação da finalidade do exame</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>1- Apenas para finalidade ortodôntica  2- O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.</p>
Telerradiografia com traçado cefalométrico	81000480	Inicial	R\$ 86.72	Radiologista	Telerradiografia com traçado cefalométrico.	<p><b>Pedido odontológico com:</b></p> <p>1- Nome completo do paciente  2- Data  3- Exames solicitados  4- Nome e Cro do profissional solicitante  5- Assinatura do profissional solicitante  6- Indicação da finalidade do exame</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>1- Apenas para finalidade ortodôntica  2- O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
Escaneamento intra-Oral (por arcada)	82010406	Inicial	R\$ 112.01	Não	Escaneamento intra-Oral (por arcada).	<p>Pedido odontológico com:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Nome completo do paciente</li> <li>2- Data</li> <li>3- Exames solicitados</li> <li>4- Nome e Cro do profissional solicitante</li> <li>5- Assinatura do profissional solicitante</li> <li>6- Indicação da finalidade do exame</li> </ol> <p><b>Observações:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Quantidade máxima permitida: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 1 escaneamento para início de tratamento ortodôntico com aparelho fixo.</li> <li>b) 1 escaneamento por aparelho ortopédico ou contenção solicitados.</li> </ol> </li> <li>2- Um código por arcada.</li> <li>3- Apenas para finalidade ortodôntica.</li> <li>4- O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.</li> </ol>
Impressão de Modelo 3D (um par)	82010408	Inicial	R\$ 85.67	Radiologista	Impressão de Modelo 3D (um par).	<p>Pedido odontológico com:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Nome completo do paciente</li> <li>2- Data</li> <li>3- Exames solicitados</li> <li>4- Nome e Cro do profissional solicitante</li> <li>5- Assinatura do profissional solicitante</li> <li>6- Indicação da finalidade do exame</li> </ol> <p><b>Observações:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Quantidade máxima permitida: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 1 código para início de tratamento ortodôntico com aparelho fixo.</li> <li>b) 1 código por aparelho ortopédico ou contenção solicitados.</li> </ol> </li> <li>2- Um código já abrange arcada inferior e superior</li> <li>3- Apenas para finalidade ortodôntica.</li> <li>4- O pedido odontológico deve ser escrito pelo profissional responsável, não serão aceitos formulários pré-impressos.</li> </ol>

**Sedação**

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Sedação consciente com óxido nítrico e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia</b>	87000164	inicial	R\$ 706.03	Habilitação em analgesia relativa ou sedação consciente com óxido nítrico	Consiste em analgesia relativa-sedação leve. Realizada em consultório odontológico e por profissional habilitado na área.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Relatório odontológico relatando a necessidade especial e os tratamentos a serem realizados. 2- Laudo Médico com o diagnóstico do paciente <b>Observação:</b> Somente aplicável para pacientes com Transtorno do Espectro Autista, Deficiência Intelectual ou Distúrbios de Movimento que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.
<b>Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia</b>	87000180	inicial	R\$ 659.04	Médico anestesista	Consiste em analgesia medicamentosa realizada em consultório odontológico por médico anestesista.	<b>Perícia Inicial:</b> 1- Relatório odontológico relatando a necessidade especial e os tratamentos a serem realizados. 2- Laudo Médico com o diagnóstico do paciente. <b>Observação:</b> Somente aplicável para pacientes com Transtorno do Espectro Autista, Deficiência Intelectual ou Distúrbios de Movimento que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.
<b>Traumatologia</b>						
<b>IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS</b>	85000787	Final	R\$ 122.77	Não	Imobilização dentária de dentes decíduos, inclui fixação semi-rígida com fio e/ou resina envolvendo, no mínimo, 3 dentes.	<b>Perícia Inicial</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observação:</b> Inclui fixação semi-rígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes.
<b>IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES</b>	85000787	Final	R\$ 122.77	Não	Imobilização dentária de dentes permanentes, inclui fixação semi-rígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes.	<b>Perícia Inicial</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observação:</b> Inclui fixação semi-rígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes.
<b>REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA</b>	82001170	Final	R\$ 198.55	Odontopediatra Periodontista Bucomaxilofacial	Redução da fratura do alvéolo por meio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentos ósseos fraturados.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.
<b>REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA</b>	82001189	Final	R\$ 94.11	Não	Redução da fratura do alvéolo por meio de manobra bidigital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar relatório profissional justificando a necessidade de tratamento.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
REIMPLANTE DE DENTE AVULSIONADO COM CONTENÇÃO	82001251	Final	R\$ 185.83	Não	Reimplante de dente avulsionado por causa traumática.	<b>Perícia Inicial:</b> Enviar radiografia ou relatório profissional justificando a necessidade de tratamento. <b>Observação:</b> Já contempla a contenção.
<b>Ortodontia</b>						
Aparelho ortodôntico fixo metálico	86000098	Inicial e Final	R\$ 761.13	Ortodontista	Instalação de aparelho fixo metálico.	<b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema. <b>Perícia Final:</b> Fotografia após a instalação do aparelho ou perícia presencial. <b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Um código por arcada 3- Máximo de 2 códigos por vida. 4- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário. 5- Liberação somente após a erupção completa dos segundos molares permanentes ou quando o paciente tiver 12 anos completos, independentemente da erupção. 6- Não poderá ser solicitado para pacientes com aparelho já instalado. 7- Caso o paciente opte por aparelhos estéticos ( alinhadores ou braquetes), será liberado o código de aparelho metálico e a diferença de valor deverá ser acertada entre paciente e profissional.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo</b>	86000357	Inicial	R\$ 180.10	Ortodontista	Manutenção mensal do aparelho fixo metálico.	<p><b>Perícia inicial:</b>  1-Para primeira manutenção, envio da foto da instalação do aparelho.  2- Para aparelhos já instalados, enviar as documentações solicitados no código 86000098.</p> <p><b>Observações:</b>  1- Máximo de 1 código por mês.  2- Máximo de 24 códigos de manutenção, sendo possível a liberação de mais 12 códigos, mediante a apresentação de relatório com a justificativa.  3- Não será coberta a consulta odontológica realizada em conjunto com a sessão de manutenção.  4- Não haverá cobertura para sessão de manutenção no primeiro mês da colocação do aparelho ortodôntico ou ortopédico.  5- Poderão ser solicitados até 12 códigos em uma mesma guia de acordo com o plano de tratamento, os códigos da guia deverão ser faturados mensalmente. Para faturamento, é necessária a data e a assinatura do beneficiário em cada código realizado.  6- Para aparelhos já instalados, as manutenções serão autorizadas a partir do momento da solicitação, não sendo retroagidas.  7- Inclui a recolagem de até 2 braquetes por manutenção. Demais braquetes que tenham descolado serão de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Placa lábio-ativa</b>	86000535	Inicial	R\$ 285.70	Ortopedista dos maxilares Ortodontista	Confecção e instação da placa lábio-ativa	<p><b>Perícia Inicial:</b>  Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista e pelo ortopedista dos maxilares.  Necessidade de envio de exame complementar quando existente.</p> <p><b>Observações:</b>  1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho  2- Máximo de 1 código por vida (arcada inferior)  3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Aparelho extrabucal - AEB</b>	86000055	Inicial	R\$ 307.13	Ortodontista	Confecção e instalação do Arco extrabucal (AEB), tipo de aparelho extrabucal.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Arco lingual de Nance</b>	86000144	Inicial	R\$ 312.26	Ortopedista dos maxilares Ortodontista	Confecção e instalação do Arco lingual de Nance.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista e pelo ortopedista dos maxilares. Necessidade de envio de exame complementar quando existente.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Botão de Nance fixo superior</b>	86000195	Inicial	R\$ 275.45	Ortodontista	Confecção e instalação do Botão de Nance.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Barra transpalatina fixa</b>	86000152	Inicial	R\$ 275.65	Ortodontista	Confecção e instalação da Barra Transplatina Fixa.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Barra transpalatina removível</b>	86000160		R\$ 275.65	Ortodontista	Confecção e instalação da Barra Transplatina Removível.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Quadrihélice</b>	86000560	Inicial	R\$ 395.02	Ortopedista dos maxilares Ortodontista	Confecção e instalação de Quadri-hélix ou arco em W.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista e pelo ortopedista dos maxilares. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Grade palatina fixa</b>	86000314	Inicial	R\$ 331.04	Ortopedista dos maxilares Ortodontista	Confeção e instalação de Grade Palatina Fixa.	<b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista e pelo ortopedista dos maxilares. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema. <b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.
<b>Distalizador Pendulo/Pendex</b>	86000276	Inicial	R\$ 327.70	Ortodontista	Confeção e instalação de Grade Palatina Fixa.	<b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema. <b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.
<b>Distalizador tipo Jones Jig</b>	86000284	Inicial	R\$ 313.94	Ortodontista	Confeção e instalação do Distalizador tipo Jones Jig, para distalização de molares superiores.	<b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema. <b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Já abarca os dois lados 3- Máximo de 1 código por vida 4- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário. 5- Liberação somente após a erupção completa dos segundos molares permanentes ou quando o paciente tiver 12 anos completos, independentemente da erupção. 6- Somente para pacientes com aparelho fixo já instalado.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Herbst encapsulado</b>	86000330	Inicial	R\$ 434.48	Ortodontista	Confeção e instalação do aparelho de Herbst encapsulado.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Máscara facial – Delaire e Tração Reversa</b>	86000381	Inicial	R\$ 261.53	Ortodontista	Confeção e instalação da Máscara Facial.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Disjuntor palatino - Hirax</b>	86000225	Inicial	R\$ 355.08	Ortodontista	Confeção e instalação de Disjuntor Palatino-Hirax.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário. 4- Não pode ser utilizado quando está utilizando ou se já utilizou o código 86000233</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Disjuntor palatino - Macnamara</b>	86000233	Inicial	R\$ 355.08	Ortodontista	Confeção e instalação de Disjuntor Palatino-Macnamara.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário. 4- Não pode ser utilizado quando está utilizando ou se já utilizou o código 86000225</p>
<b>Regulador de função de Frankel</b>	86000578	Inicial	R\$ 373.96	Ortodontista	Confeção e instalação de Regulador de função de Frankel.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Modelador elástico de Bimler</b>	86000403	Inicial	R\$ 369.80	Ortodontista	Confeção e instalação de Modelador elástico de Bimler.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Pistas indiretas de Planas</b>	86000446	Inicial	R\$ 369.80	Ortodontista	Confeção e instalação de Modelador elástico de Pistas indiretas de Planas.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Aparelho removível com alças bionator invertida ou de Escheler</b>	86000128	Inicial	R\$ 355.87	Ortodontista	Confeção e instalação de Aparelho removível com alças bionator invertida ou de Escheler.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Bionator de Balters.</b>	86000179	Inicial	R\$ 357.14	Ortodontista	Confeção e instalação de Aparelho Bionator de Balters.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Aparelho de Thurow.</b>	86000047	Inicial	R\$ 322.71	Ortodontista	Confecção e instalação de Aparelho de Thurow.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Placa de Hawley.</b>	86000462	Inicial	R\$ 270.19	Ortopedista dos maxilares Ortodontista	Confecção e instalação de Placa de Hawley.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista ou ortopedista dos maxilares. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 2 códigos : 1 para contenção e 1 para aparelho ativo 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Placa de Hawley com torno expansor.</b>	86000470	Inicial	R\$ 283.80	Ortopedista dos maxilares Ortodontista	Confecção e instalação de Placa de Hawley com torno expansor.	<p><b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista ou ortopedista dos maxilares Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Grade palatina removível.</b>	86000322	Inicial	R\$ 192.74	Ortopedista dos maxilares Ortodontista	Confecção e instalação de Grade Palatina Removível.	<b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista e pelo ortopedista dos maxilares Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema. <b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.
<b>Mantenedor de espaço Removível</b>	83000100	Inicial	R\$ 201.83	Ortopedista dos maxilares Ortodontista	Confecção e instalação de mantenedor de espaço removível.	<b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista e pelo ortopedista dos maxilares. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema. <b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 2 códigos por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.
<b>Mantenedor de espaço Fixo</b>	83000097	Inicial	R\$ 201.83	Ortopedista dos maxilares Ortodontista	Confecção e instalação de mantenedor de espaço Fixo.	<b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista ou pelo ortopedista dos maxilares. Necessidade de envio de raio-x ou foto. <b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Plano inclinado</b>	86000551	Inicial	R\$ 197.83	Ortopedista dos maxilares Ortodontista	Confecção e instalação de Plano inclinado.	<b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista ou pelo ortopedista dos maxilares. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema. <b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.
<b>Contenção fixa por arcada, em ortodontia</b>	86000209	Inicial	R\$ 156.30	Ortodontista	Confecção e instalação de contenção fixa.	<b>Perícia Inicial:</b> Relatório profissional justificando a necessidade <b>Observações</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- O prazo para repetição do código é de no mínimo 3 anos, por arcada. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.
<b>APM - Aparelho de protração mandibular</b>	86000039	Inicial	R\$ 748.43	Ortodontista	Confecção e instalação de APM.	<b>Perícia Inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema. <b>Observações:</b> 1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Já abarca os dois lados 3- Máximo de 1 código por vida 4- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário. 5- Liberação somente após a erupção completa dos segundos molares permanentes ou quando o paciente tiver 12 anos completos, independentemente da erupção. 6- Somente para pacientes com aparelho fixo já instalado.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho ortopédico</b>	86000365	Inicial	R\$ 198.52	Ortopedista dos maxilares Ortodontista	Manutenção mensal do aparelho ortopédico.	<p><b>Perícia inicial:</b></p> <p>1-Para primeira manutenção, envio da foto da instalação do aparelho. 2- Para aparelhos já instalados, enviar as documentações solicitados no código 86000098.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>1- Máximo de 1 código por mês. 2- Máximo de 10 códigos de manutenção 3- Não será coberta a consulta odontológica realizada em conjunto com a sessão de manutenção. 4- Não haverá cobertura para sessão de manutenção no primeiro mês da colocação do aparelho ortodôntico ou ortopédico. 5- Poderão ser solicitados até 10 códigos em uma mesma guia de acordo com o plano de tratamento, os códigos da guia deverão ser faturados mensalmente. Para faturamento, é necessária a data e a assinatura do beneficiário em cada código realizado. 6- Para aparelhos já instalados, as manutenções serão autorizadas a partir do momento da solicitação, não sendo retroagidas.</p>
<b>Placa Dupla de Sanders</b>	86000519	Inicial	R\$ 357.00	Ortodontista	Confecção e instalação de Placa Dupla de Sanders.	<p><b>Perícia Inicial:</b></p> <p>Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista. Necessidade de envio da documentação ortodôntica via sistema.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>1- Já incluso o planejamento, material, confecção e instalação do aparelho 2- Máximo de 1 código por vida. 3- Aparelho danificado, quebrado ou extraviado será de inteira responsabilidade do beneficiário.</p>
<b>Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica</b>	82001502	Inicial	R\$ 221.49	Bucomaxilofacial Periodontista	Exposição de dente incluso ou impactado para colagem do braquete, com finalidade de tracionamento.	<p><b>Perícia inicial:</b></p> <p>Exame de imagem</p> <p><b>Observação:</b></p> <p>Não inclui a colagem do braquete</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Colagem de dispositivo ortodôntico (para finalidade cirúrgica)</b>	82000101	Inicial	R\$ 56.33	Bucomaxilofacial Periodontista	Colagem de braquete com finalidade de tracionamento, após a exposição de dente incluso ou impactado.	<b>Perícia inicial:</b> Somente autorizada junto ou após a liberação do código de tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica (82001502). <b>Observações:</b> Apenas para finalidade cirúrgica
<b>Implante ortodôntico</b>	82000964	Inicial	R\$ 441.93	Ortodontista Bucomaxilofacial Periodontista	Instalação de mini-implante ortodôntico.	<b>Perícia inicial:</b> Necessidade de envio do formulário de ortodontia do FASCAL preenchido e assinado pelo ortodontista.
<b>Remoção Implante ortodôntico</b>	82000100	Inicial	R\$ 126.08	Ortodontista Bucomaxilofacial Periodontista	Remoção de mini-implante ortodôntico.	<b>Perícia inicial:</b> Exame de imagem ou foto do mini-implante. Caso o implante ortodôntico tenha sido realizado pelo Fascal, não há necessidade do envio da documentação.

### Implantodontia

<b>1ª. Fase – Cirurgia para instalação do implante – por elemento</b>	82000980	Inicial e Final	R\$ 1,143.86	Implantodontista	Realização de cirurgia para instalação do pino do implante.	<b>Perícia inicial:</b> 1- Planejamento reabilitador em conjunto com os profissionais que serão responsáveis pela fase cirúrgica e protética. 2- Exames de imagem iniciais realizadas em clínicas especializadas em radiologia, com o laudo correspondente. <b>Perícia final:</b> Exames de imagem finais e etiqueta do implante. <b>Observações:</b> 1-O sistema de implante a ser utilizado deverá ser devidamente registrado no Ministério da Saúde . 2-Pacientes que tenham realizado prótese fixa ou removível, custeadas pelo Fascal, só serão autorizados a realizar o tratamento com implantes nessas áreas após dois anos. 3- Em caso de insucesso, não serão aceitas alegações fundamentadas em rejeição biológica devendo ser observado o prazo intercalar de carência. 4- Estão incluídos todos os procedimentos e materiais necessários ao ato cirúrgico. 5- O prazo para repetição do procedimento é de 5 anos. 6- Limite anual de 4 implantes por beneficiário.
<b>2ª. Fase – Cirurgia para colocação do cicatrizador – por elemento</b>	82001138	Inicial	R\$ 208.76	Prótese sobre implante ou Implantodontista	Reabertura do local do implante para instalação do cicatrizador.	<b>Perícia inicial:</b> 1- Envio de exame de imagem do local. <b>Observações:</b> 1- Somente para os casos de reabertura. Não aplicável para os casos em que o cicatrizador é colocado no momento da instalação do implante. 2- O prazo para repetição do procedimento é de 5 anos.

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Enxerto com osso liofilizado (segmento)</b>	82000620	Inicial	R\$ 1,204.26	Implantodontista	Realização de enxerto ósseo quando não há osso suficiente para instalação do implante.	<p><b>Perícia inicial:</b> 1- Envio de exame de imagem do local.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Os materiais necessários à realização (membranas, enxertos ósseos alógenos e xenógenos e enxertos aloplásticos) estão incluídos no valor dos procedimentos. 2- Somente para os casos de instalação de implantes dentários. 3- O prazo para repetição do procedimento é de 5 anos. 4- Em caso de insucesso, não serão aceitas alegações fundamentadas em rejeição biológica, devendo ser observado o prazo intervalar de carência. 5- Máximo de 4 códigos por ano. 6- O código abrange um segmento. Para realização de mais de um implante no mesmo segmento, só será liberado um código por segmento. 7- Não pode ser solicitado concomitante com o código 82001065.</p>
<b>Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado (por seio).</b>	82001065	Inicial	R\$ 1,259.01	Implantodontista	Uso de enxerto ósseo na cavidade do seio para aumento do volume vertical da porção posterior da maxila, permitindo a colocação do implante dentário.	<p><b>Perícia inicial:</b> 1- Envio de exame de imagem do local.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Os materiais necessários à realização (membranas, enxertos ósseos alógenos e xenógenos e enxertos aloplásticos) estão incluídos no valor dos procedimentos. 2- Somente nos casos de instalação de implantes. 3- O prazo para repetição do procedimento é de 5 anos. 4- Em caso de insucesso, não serão aceitas alegações fundamentadas em rejeição biológica devendo ser observado o prazo intervalar de carência. 5- Não pode ser solicitado concomitante com o código 82000620.</p>
<b>Remoção de implante dentário não ósseo integrado</b>	82001324	Inicial	R\$ 214.84	Implantodontista e Buco Maxilo Facial	Cirurgia para remoção de implante.	<p><b>Perícia inicial:</b> 1- Apresentar relatório profissional justificando a necessidade de remoção.</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Prótese sobre implante em metalo cerâmica – por elemento</b>	85500038	Inicial	R\$ 1,092.53	Prótese sobre implante	Instalação de prótese sobre implante.	<p><b>Perícia inicial:</b> 1-Envio de exame de imagem do local.</p> <p><b>Observações:</b> 1- Pacientes que tenham realizado prótese fixa ou removível, custeadas pelo Fascal, só serão autorizados a realizar o tratamento com implantes, nessas áreas, após dois anos da data da conclusão dos primeiros procedimentos protéticos. 2- Estão contemplados todos os componentes protéticos e de moldagem necessários à realização do trabalho. 3- O prazo para repetição do procedimento é de 3 anos. 4- A soma dos códigos 85500038, 80128120, 85500097, 85500119 e 85500100 não poderá ultrapassar 4 unidades por ano. Os códigos 85500097, 85500119 e 85500100 contam como duas unidades cada.</p>
<b>Coroa provisória sobre o implante – por elemento.</b>	85500011	Inicial	R\$ 261.16	não	Confecção de coroa provisória	<p><b>Perícia inicial:</b> 1-Envio de exame de imagem do local.</p>
<b>Elemento suspenso (pôntico) de prótese sobre implantes em metalo cerâmica – por elemento.</b>	80128120	Inicial	R\$ 671.26	Prótese sobre implante	Pôntico de prótese sobre implantes em metalocerâmica.	<p><b>Perícia inicial:</b> 1-Envio de exame de imagem do local.</p> <p><b>Observações:</b> 1-Pacientes que tenham realizado prótese fixa ou removível, custeadas pelo Fascal, só serão autorizados a realizar o tratamento com implantes nessas áreas após dois anos da data da conclusão dos primeiros procedimentos protéticos. 2- Estão contemplados todos os componentes protéticos e de moldagem necessários à realização do trabalho. 3- O prazo para repetição do procedimento é de 3 anos. 4- O código contempla apenas o pôntico, deve ser acrescido do código 85500038 para cada pilar. 5- A soma dos códigos 85500038, 80128120, 85500097, 85500119 e 85500100 não poderá ultrapassar 4 unidades por ano. 6- Os códigos 85500097, 85500119 e 85500100 contam como duas unidades cada.</p>
<b>Guia cirúrgico para implante – por arcada.</b>	85500062	Inicial	R\$ 196.33	Implantodontista	Guia cirúrgico para orientação da instalação do pino do implante.	<p><b>Perícia inicial:</b> 1-Envio de exame de imagem do local.</p> <p><b>Observações:</b> Máximo de 2 códigos por ano.</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes</b>	85500097	Inicial	R\$ 3,101.71	Prótese sobre implante	Prótese dentária total removível retida sobre implantes.	<p><b>Perícia inicial:</b> 1-Envio de exame de imagem do local.</p> <p><b>Observações:</b> 1-Para autorização dos códigos 85500097, 85500119 e 85500100 será exigido, independentemente da técnica, no mínimo, quatro implantes na arcada superior e dois na arcada inferior. 2- Os dentes serão em resina acrílica. 3- A soma dos códigos 85500038, 80128120, 85500097, 85500119 e 85500100 não poderá ultrapassar 4 unidades por ano. 4- Os códigos 85500097, 85500119 e 85500100 contam como duas unidades cada. 5- O prazo para repetição do procedimento é de 3 anos 6- Não há cobertura de prótese protocolo.</p>
<b>Overdenture barra clipe ou o'ring sobre três implantes</b>	85500119	Inicial	R\$ 3,101.71	Prótese sobre implante	Prótese dentária total removível retida sobre implantes.	<p><b>Perícia inicial:</b> 1-Envio de exame de imagem do local.</p> <p><b>Observações:</b> 1-Para autorização dos códigos 85500097, 85500119 e 85500100 será exigido, independentemente da técnica, no mínimo, quatro implantes na arcada superior e dois na arcada inferior. 2- Os dentes serão em resina acrílica. 3- A soma dos códigos 85500038, 80128120, 85500097, 85500119 e 85500100 não poderá ultrapassar 4 unidades por ano. 4- Os códigos 85500097, 85500119 e 85500100 contam como duas unidades cada. 5- O prazo para repetição do procedimento é de 3 anos 6- Não há cobertura de prótese protocolo.</p>

PROCEDIMENTO	TUSS	Perícia	Valor	Restrito ao especialista	Descrição do procedimento	Regras FASCAL
<b>Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes</b>	85500100	Inicial	R\$ 3,101.71	Prótese sobre implante	Prótese dentária total removível retida sobre implantes.	<p><b>Perícia inicial:</b> 1-Envio de exame de imagem do local.</p> <p><b>Observações:</b> 1-Para autorização dos códigos 85500097, 85500119 e 85500100 será exigido, independentemente da técnica, no mínimo, quatro implantes na arcada superior e dois na arcada inferior. 2- Os dentes serão em resina acrílica. 3- A soma dos códigos 85500038, 80128120, 85500097, 85500119 e 85500100 não poderá ultrapassar 4 unidades por ano. 4- Os códigos 85500097, 85500119 e 85500100 contam como duas unidades cada. 5- O prazo para repetição do procedimento é de 3 anos 6- Não há cobertura de prótese protocolo.</p>
A percentagem paga pelo Fascal (56% do valor de tabela) para procedimentos protéticos (coroas, núcleos fundidos, pinos pré fabricados, próteses removíveis...) possuem como limite anual, por beneficiário, o valor de 5 coroas metalocerâmicas.						
As radiografias solicitadas pela pericia são aquelas já realizadas com a finalidade de diagnóstico ou durante a execução do tratamento. Tomadas radiografias não devem ser realizadas apenas com finalidade de documentação para auditoria odontológica.						
Para casos pontuais em que o profissional assistente queira solicitar mais códigos além dos limites estipulados pela tabela, enviar e-mail para <a href="mailto:cldfsaude.odontologia@cl.df.gov.br">cldfsaude.odontologia@cl.df.gov.br</a> com o relatório clínico do caso para avaliação da perícia odontológica.						