

Tabela de Procedimentos Odontológicos

Vigência: Julho de 2024



CIRURGIA

Procedimento	Novo Código	Código Anterior	Valor	Descrição do procedimento	Regras	Documentação para solicitação
REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM	40709035	Não há	R\$ 226,04	Redução não cirúrgica da luxação da ATM.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
BIÓPSIA DE LÁBIO	30201012	Não há	R\$ 231,34	Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional especificando a região e justificando a necessidade de tratamento.
FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LABIAL	30201063	Não há	R\$ 164,07	Cirurgia com corte do freio labial.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
FRENULECTOMIA LABIAL	82000883	10.00.517-0	R\$ 166,56	Cirurgia com remoção parcial do freio labial.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
ALVEOLOPLASTIA	82000034	10.00.504-0	R\$ 143,24	Correção plástica do processo alveolar.	Procedimento por quadrante. Não contempla a alveoloplastia realizada após a exodontia de um elemento dentário. Aplica-se em exodontias múltiplas de dentes contíguos na mesma hemiarcada. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.

APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	82000190	10.00.507-0	R\$ 143,22	Realização de incisão cirúrgica para refazer o sulco existente entre a mucosa interna do lábio e a gengiva, com a finalidade de aumentar a área chapeada para prótese.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
BIÓPSIA DE BOCA	30202027	Não há	R\$ 196,82	Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento e a indicação do local da lesão.
BRIDECTOMIA	82000298	10.00.507-5	R\$ 138,49	Cirurgia com remoção parcial da brida.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte)	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
BRIDOTOMIA	82000301	10.00.507-5	R\$ 138,49	Cirurgia com corte da brida.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	82000352	Não há	R\$ 167,20	Remoção de exostose em maxila com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente.	Não se aplica ao Tórus Palatino. Para esse, utilizar o código (82000395). Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gera alguma dificuldade funcional ao paciente. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL	82000387	10.00.509-0	R\$ 135,38	Remoção de exostose em mandíbula com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente.	Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gera alguma dificuldade funcional ao paciente. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte)	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.

CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL	82000360	10.00.510-0	R\$ 231,65	Remoção de exostose em mandíbula com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente.	Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gera alguma dificuldade funcional ao paciente. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	82000395	10.00.508-0	R\$ 181,54	Remoção de exostose em palato com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente.	Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gera alguma dificuldade funcional ao paciente. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte)	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82000468	Não há	R\$ 66,57	Controle de hemorragia com uso de agente hemostático. Não inclui o controle hemostático padrão pós-cirurgia.	Somente para casos de sangramento exacerbado e de difícil controle. Não inclui a hemostasia pós-procedimento cirúrgico sem intercorrências. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82000484	não há	R\$ 66,57	Controle de hemorragia. Não inclui o controle hemostático padrão pós-cirurgia.	Somente para casos de sangramento exacerbado e de difícil controle. Não inclui a hemostasia pós procedimento cirúrgico sem intercorrências. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
INCISÃO E DRENAGEM EXTRA- ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82001022	não há	R\$ 90,88	Incisão extraoral, irrigação e colocação de dreno em casos de abscessos ou hematoma	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento e especificando a área acometida.
INCISÃO E DRENAGEM INTRA- ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82001030	10.00.504-5 20.00.504-5	R\$ 72,40	Incisão intraoral, irrigação e colocação de dreno em casos de abscessos ou hematoma	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento e especificando a área acometida.
EXODONTIA A RETALHO	82000816	10.00.603-5	R\$ 131,56	Exodontia quando há necessidade de retalho.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.

EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	82000859	não há	R\$ 119,21	Exodontia de raiz residual.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	83000089	30.00.073-0	R\$ 53,43	Exodontia simples de dentes decíduos, sem necessidade de retalho.	Só é permitida a utilização de 1 código por dente para toda a vida.	Não.
EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	82000875	10.00.501-0	R\$ 103,07	Exodontia simples de dentes permanentes, sem necessidade de retalho.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	30201080	Não há	R\$ 412,78	Reconstrução do sulco gengivo-labial quando há perda da anatomia na região. Não contempla a cirurgia pré-protética para aumento de área chapeável. Para este caso, utilizar o código 82000190 (aumento de vestíbulo).	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	82001286	10.00.502-5	R\$ 265,97	Exodontia de dentes que não conseguiram erupcionar.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS (INCLUI EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES)	82001294	10.00.501-5	R\$ 176,56	Exodontia de dentes com erupção incompleta.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL	82001308	Não há	R\$ 24,04	Remoção do dreno colocado nos procedimentos de incisão e drenagem.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver.
REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL	82001316	Não há	R\$ 24,04	Remoção do dreno colocado nos procedimentos de incisão e drenagem.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL	82001510	40.00.603-5	R\$ 266,55	Tratamento cirúrgico da comunicação da boca com a cavidade nasal, quando for realizado em consultório odontológico.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL	82001529	40.00.603-5	R\$ 266,55	Tratamento cirúrgico da comunicação da boca com o seio maxilar, quando for realizado em consultório odontológico.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver.
EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82000743	Não há	R\$ 174,19	Remoção de lesão (lipoma).	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO- MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	82001553	40.00.604-5	R\$ 284,01	Remoção de tecido hiperplásico.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade..
TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82001618	40.00.604-5	R\$ 257,53	Remoção de tumor de tecido mole.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade.
TRATAMENTO DE ALVEOLITE	82001650	10.00.503-5	R\$ 108,98	Tratamento de alveolite.	Aplica-se somente em caráter de urgência e quando o atendimento for feito por um profissional que não executou o procedimento cirúrgico anterior. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade.
ULECTOMIA	82001707	10.00.505-0 30.00.505-0	R\$ 97,55	Remoção de um processo hipertrófico muco-gengival que normalmente envolve dentes não erupcionados.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade.
ULOTOMIA	82001715	10.00.505-0 30.00.505-0	R\$ 100,88	Incisão no capuz mucoso para erupção do dente permanente.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade.

BIÓPSIA DE LÍNGUA	30203031	30.00.506-0	R\$ 198,38	Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LINGUAL	30203015	10.00.517-0	R\$ 150,67	Realização de incisão da hipertrofia do tecido fibromucoso do freio lingual.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
FRENULECTOMIA LINGUAL	82000891	10.00.517-0	R\$ 163,34	Ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibromucoso presente na base da língua.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	30204011	10.00.601-0	R\$ 200,07	Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte)	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR	82000778	não há	R\$ 236,69	Remoção cirúrgica de cálculo salivar. Inclui a plastia do ducto salivar.	Inclui a plastia do ducto salivar Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte)	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE	82000794	10.00.530-0	R\$ 167,21	Remoção cirúrgica de lesão tumoral dos tecidos moles (principalmente lábios) que se desenvolvem nas glândulas salivares da mucosa bucal.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA	82000808	Não há	R\$ 482,64	Remoção cirúrgica de cisto de retenção no assoalho da boca associado aos ductos salivares da glândula submandibular ou sublingual.	Inclui a plastia do ducto salivar. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82001499	10.00.608-5	R\$ 130,13	Sutura de ferida.	Necessidade de envio de documentação. (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.

BIÓPSIA DE MANDÍBULA	30211018	10.00.602-0	R\$ 218,86	Cirurgia para biópsia incisional e excisional de lesões intraósseas na mandíbula. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
BIÓPSIA DE MAXILA	82000280	10.00.602-0	R\$ 218,86	Cirurgia para biópsia incisional e excisional de lesões intraósseas na maxila. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO	82001634	40.00.601-5	R\$ 187,74	Cirurgia para remoção de tumores odontogênicos benignos.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
REMOÇÃO DE ODONTOMA	82001367	não há	R\$ 195,95	Cirurgia para remoção de odontoma.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO- MAXILO-FACIAL	82001588	40.00.602-5	R\$ 290,30	Cirurgia para remoção de hiperplasias ósseas e cartilaginosas. Não contempla tórus mandibular e palatino, que possuem códigos específicos.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Não contempla tórus mandibular e palatino, que possuem códigos específicos.	Radiografia e laudo do profissional justificando a necessidade.
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82001596	40.00.602-5	R\$ 309,11	Cirurgia para remoção de tumores odontogênicos benignos.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia e laudo do profissional justificando a necessidade.
EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA	82000786	10.00.604-0	R\$ 201,97	Cirurgia para remoção de pequenos cistos da mandíbula. Não se aplica para cistos radiculares removidos no momento da exodontia.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Não se aplica para cistos radiculares removidos no momento da exodontia.	Radiografia e laudo do profissional justificando a necessidade.

AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	85400017	10.00.103-0	R\$ 73,98	Ajuste dos contatos oclusais por acréscimo de material restaurador.	Máximo de 3 sessões. Código contempla a boca inteira. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	85400025	10.00.103-0	R\$ 73,98	Ajuste dos contatos oclusais por desgaste. Não inclui ajuste oclusal realizado após as restaurações diretas e indiretas, esse ajuste já está incluso no próprio procedimento.	Não inclui ajuste oclusal realizado após as restaurações diretas e indiretas, salvo para as indiretas a partir de quatro elementos. Máximo de 2 sessões. Código contempla a boca inteira. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
CAPEAMENTO PULPAR DIRETO - EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL	85100013	10.00.209-0 30.00.209-0	R\$ 99,76	Aplicação de medicação diretamente sobre a polpa exposta, na tentativa de preservação da vitalidade dentaria.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade.
COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	85100048	10.00.098-5	R\$ 95,22	Colagem do fragmento do dente fraturado.	Para dentes anteriores. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	85100064	10.00.099-0	R\$ 163,46	Resina na face vestibular de dentes anteriores, já abrange as faces proximais quando necessário.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Procedimentos exclusivamente estéticos não serão autorizados.	Radiografia e Laudo do profissional justificando a necessidade.
GENGIVECTOMIA UNITÁRIA	10.00.312-5	10.00.312-5	R\$ 28,32	Gengivectomia unitária para casos de adaptação do grampo ou para realização de restauração.	Para gengivectomias pontuais (adaptação de grampo ou realização de restauração). Para cirurgias mais extensas, utilizar o código de gengivoplastia.	Não.
RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 1 FACE	85100099	10.00.091-0	R\$ 58,24	Restauração direta em amálgama, quando envolver apenas 1 face do dente.	O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.

RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 2 FACES	85100102	10.00.092-0	R\$ 69,24	Restauração direta em amálgama, quando envolver 2 faces do dente.	O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 3 FACES	85100110	10.00.093-0	R\$ 78,69	Restauração direta em amálgama, quando envolver 3 faces do dente.	O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 4 FACES	85100129	10.00.094-0	R\$ 102,31	Restauração direta em amálgama, quando envolver 4 faces do dente.	O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 1 FACE	85100137	10.00.069-0	R\$ 88,87	Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver apenas 1 face do dente.	O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 2 FACES	85100145	10.00.069-0	R\$ 102,89	Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver 2 faces do dente.	O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 3 FACES	85100153	10.00.069-0	R\$ 110,89	Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver 3 faces do dente.	O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 4 FACES	85100161	10.00.069-0	R\$ 130,39	Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver 4 faces do dente.	O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.

RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	85100196	10.00.096-0	R\$ 79,01	Restauração direta em resina, quando envolver apenas 1 face do dente.	O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	85100200	10.00.096-5 10.00.097-0	R\$ 104,34	Restauração direta em resina, quando envolver 2 faces do dente.	O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	85100218	10.00.096-5 10.00.097-0 10.00.098-0	R\$ 126,84	Restauração direta em resina, quando envolver 3 faces do dente.	O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	85100226	10.00.096-5 10.00.097-0 10.00.098-0	R\$ 162,55	Restauração direta em resina, quando envolver 4 faces do dente.	O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	85200085	10.00.109-0 30.00.109-0	R\$ 62,79	Curativo dentário temporário.	Utilizar apenas 1 código por dente, independente do número de faces envolvidas. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA	10.00.506-5	10.00.506-5	R\$ 79,47	Orientação e prescrição medicamentosa para casos de dor aguda. Não pode ser utilizado concomitante a outros códigos de tratamentos agudos.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver.

LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE	30202159	não há	R\$ 86,17	Aplicação de laser de baixa intensidade em consultório odontológico para tratamento e prevenção de mucosite oral, em pacientes com diagnóstico e tratamento de câncer.	Código contempla a boca inteira. Cobertura apenas para mucosite oral em pacientes em tratamento para câncer. Código deve ser utilizado para boca inteira por sessão. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). O dentista deve possuir habilitação em laserterapia.	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. Laudo médico com diagnóstico de câncer. Habilitação em laserterapia do profissional executante.
FALTA	10.00.014-0	10.00.014-0	R\$ 64,54	Justifica-se a cobrança desse código quando o paciente não avisa ao profissional com antecedência mínima de 24 horas do horário agendado. A falta deverá ser atestada pelo beneficiário, através da assinatura da guia.	A guia deve ser assinada pelo beneficiário para faturamento.	Não.

DIAGNÓSTICO E PLANO DE TRATAMENTO						
COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82000441	Não há	R\$ 50,44	Raspado para exame de diagnóstico.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	82001103	não há	R\$ 101,48	Punção para exame de diagnóstico.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
TESTE DE PH SALIVAR (ACIDEZ SALIVAR)	84000252	10.00.055-5	R\$ 43,93	Medição do pH da saliva.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.

TESTE DE FLUXO SALIVAR	41401654	10.00.052-5	R\$ 45,05	Medição do volume salivar por tempo.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
CONSULTA ODONTOLÓGICA	81000030	20.00.010-0 30.00.010-0 40.00.010-0	R\$ 62,77	Consulta para avaliação dos especialistas e para avaliações pontuais entre as consultas odontológicas iniciais.	Máximo de 1 consulta por profissional a cada 60 dias. Só pode ser utilizado pelo mesmo profissional, no mínimo, 60 dias após a consulta odontológica inicial (81000065).	Não.
CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	81000065	10.00.011-0	R\$ 79,73	Consulta odontológica com anamnese e exame físico completo e definição do plano de tratamento.	Máximo de 1 consulta por clínica odontológica a cada 6 meses. Só pode ser utilizado pelo mesmo profissional, no mínimo, 60 dias após a consulta odontológica (81000030).	Não.
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	81000049	10.00.012-0	R\$ 106,68	Consulta odontológica quando há motivo odontológico que impeça o beneficiário de esperar o agendamento. Por exemplo: Pulpite, Abscesso dentário, Fratura dentária...	Necessita de envio de informações para perícia final, conforme coluna ao lado.	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a urgência.
CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA	81000073	Não há	R\$ 94,45	Consulta para análise técnica realizada por dentista auditor.	Consulta em caso de necessidade de parecer técnico especializado para suporte dos auditores.	Não.

ENDODONTIA						
APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	82000077	20.00.514-0	R\$ 231,35	Remoção do ápice de dentes com lesão e obturação.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.
APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	82000085	20.00.513-0	R\$ 210,90	Remoção do ápice de dentes com lesão.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.

APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	82000158	20.00.516-0	R\$ 272,26	Remoção do ápice de dentes com lesão e obturação.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.
APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	82000166	20.00.515-0	R\$ 250,23	Remoção do ápice de dentes com lesão.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.
APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	82000174	20.00.512-0	R\$ 192,00	Remoção do ápice de dentes com lesão e obturação.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.
APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	82000182	20.00.511-0	R\$ 173,13	Remoção do ápice de dentes com lesão.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.
PULPOTOMIA	85200042	10.00.210-0	R\$ 102,04	Remoção da polpa coronária.	Não pode ser utilizado junto com pulpectomia. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade.
REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	85200050	20.00.208-5	R\$ 85,17	Retirada de corpo estranho da cavidade intrarradicular, com finalidade endodôntica ou protética	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.
REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRACANAL	85200077	20.00.208-0	R\$ 129,82	Remoção de núcleo intracanal para retratamento endodôntico ou protético.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	85200093	20.00.205-0	R\$ 354,59	Retratamento do canal de dentes permanentes com duas raízes.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	85200107	20.00.206-0	R\$ 597,47	Retratamento do canal de dentes permanentes com mais de duas raízes.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	85200115	20.00.204-0	R\$ 264,91	Retratamento do canal de dentes permanentes com uma raiz.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.

TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO (RADICULAR/CÂMARA PULPAR)	85200123	20.00.209-5	R\$ 138,48	Tratamento de perfuração de raiz ou câmara pulpar.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.
TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	85200140	20.00.202-0	R\$ 292,09	Tratamento endodôntico em dentes permanentes com duas raízes.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.
TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	85200158	20.00.203-0	R\$ 442,95	Tratamento endodôntico em dentes permanentes com mais de duas raízes. Inclui os molares inferiores com 3 canais.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.
TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES	85200166	20.00.201-0	R\$ 219,98	Tratamento endodôntico em dentes permanentes com uma raiz.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.
PULPECTOMIA - SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA	85200034	10.00.214-0	R\$ 93,02	Remoção da polpa radicular nos casos de atendimento de urgência. Não aplicável para pulpectomia realizada durante o tratamento endodôntico planejado.	Não pode ser utilizado junto com pulpotomia. Para casos de necessidade de pulpectomia de urgência. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia e Laudo do profissional justificando a necessidade.

ODONTOPEDIATRIA						
CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	81000014	30.00.077-0	R\$ 64,54	Manejo comportamental para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo.	Máximo de 2 sessões a cada 6 meses por beneficiário.	Não.
ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	82000700	Não há	R\$ 92,05	Contenção física para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo.	Máximo de 1 sessão por consulta. Casos que necessitem de maior número, justificar no relatório.	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a urgência.
PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	83000127	10.00.210-0 30.00.210-0	R\$ 93,72	Remoção da polpa coronária em dente decíduo.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade.

REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO, AÇO OU POLICARBONATO	87000040	30.00.600-5	R\$ 114,66	Aplicável para: a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.	Aplicável para: a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	85200131	20.00.213-0	R\$ 76,78	Apicificação por intermédio de técnicas com materiais endodônticos indicados.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) 1 código por sessão. A cada 3 sessões, enviar atualização radiográfica.	Radiografia inicial e final.
TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	83000151	30.00.072-0 30.00.072-5	R\$ 215,05	Tratamento de canal em dentes decíduos.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia inicial e final.

PERIODONTIA						
DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	85300012	40.00.054-0	R\$ 50,33	Aplicação de produto dessensibilizante em consultório.	Aplicação de dessensibilizante em consultório por sextante. Só pode ser utilizado 1 vez a cada 6 meses por sextante.	Não.
AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	82000050	Não há	R\$ 258,12	Amputação da raiz e obturação.	Necessidade de envio de documentação via sistema (ver coluna seguinte)	Radiografia inicial e final.
AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	82000069	Não há	R\$ 204,82	Amputação da raiz sem obturação.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte)	Radiografia inicial e final.
AUMENTO DE COROA CLÍNICA	82000212	40.00.328-0	R\$ 196,13	Remoção de gengiva e de osso que envolvem a coroa dentária para realização de restaurações com término subgengival.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Um código por dente. Não utilizar junto do código 82000557 (Cunha Proximal).	Radiografia.
CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	82000417	40.00.313-0	R\$ 201,27	Para a redução de bolsas infra-ósseas profundas por meio de retalho mucoperiostal, debridamento da superfície radicular e correção das cristas ósseas.	Já inclui a raspagem. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.

CUNHA PROXIMAL	82000557	40.00.314-0 40.00.315-0	R\$ 165,25	Cirurgia periodontal. Inclui cunha distal.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Máximo de 1 código por dente. Não utilizar junto do código 82000212 (Aumento de coroa).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
ENXERTO GENGIVAL LIVRE	82000662	40.00.301-5	R\$ 246,71	Cirurgia para aumentar a faixa de mucosa queratinizada com tecido retirado de outra área da boca.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Um código por dente.	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
ENXERTO PEDICULADO	82000689	40.00.302-0	R\$ 198,05	Recobrimento radicular de áreas de retração gengival com tecido oriundo de região adjacente e que se mantém ligado ao sítio de origem.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Um código por dente.	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
GENGIVECTOMIA	82000921	40.00.312-0	R\$ 193,07	Gengivectomia por sextante.	Cirurgia para remoção do excesso gengival por sextante. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Não pode ser realizada junto com código de Gengivoplastia (82000948).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
GENGIVOPLASTIA	82000948	não há	R\$ 162,10	Gengivoplastia por sextante.	Cirurgia para remoção do excesso gengival por sextante. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) Não pode ser realizada junto com código de Gengivectomia (82000921).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	85300020	40.00.307-0	R\$ 122,77	Imobilização dentária de dentes permanentes, inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes.	Inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.

ODONTOSSECÇÃO	82001073	40.00.321-0	R\$ 166,82	Odontossecção para tratamento e manutenção de dentes multirradiculares com comprometimento periodontal.	Inclui procedimentos periodontais para a manutenção da parte sadia Não se aplica a odontossecção realizada durante o procedimento de exodontia, pois esta já está contemplada no código principal. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
RASPAGEM SUB-GENGIVAL E ALISAMENTO RADICULAR/CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL	85300039	40.00.301-0	R\$ 56,65	Raspagem subgengival para pacientes com comprometimento periodontal (IPC 3 ou 4).	Máximo de 1 código por sextante (máximo de 6 códigos) a cada 4 meses para cada paciente. Situações especiais que necessitem de mais sessões enviar relatório para cldfsaude.odontologia@cl.df.gov.br	Não.
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO	85300047	10.00.051-0	R\$ 62,95	Raspagem de tártaro supra-gengival e polimento coronário. O código abrange boca inteira.	Máximo de 1 código a cada 6 meses para todas as especialidades, exceto periodontia. Periodontia: Máximo 1 código a cada 4 meses. Não pode ser utilizado junto com o código PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO (84000198).	Não.
TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL	85300063	40.00.325-5	R\$ 120,10	Tratamento de processo agudo periodontal.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver.
TUNELIZAÇÃO	82001685	40.00.302-5	R\$ 198,26	Procedimento ressectivo para remoção de defeitos inter-radiculares em dentes com lesões de furca.	Aplica-se para dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca Grau II avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.

PREVENÇÃO E CARIOLOGIA

ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	84000139	10.00.052-0	R\$ 37,77	Instruções ao paciente para controle e prevenção de alterações bucais.	Todas as especialidades (exceto periodontia): Máximo de 1 código para cada beneficiário a cada 6 meses Periodontia: Máximo de 2 códigos para cada beneficiários a cada 4 meses.	Não.
ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	87000016	Não há	R\$ 37,77	Instruções aos responsáveis e cuidadores para controle e prevenção de alterações bucais.	Máximo de duas sessões por ano para cada beneficiário.	Não.
CONTROLE DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA) POR ARCADA	30101123	10.00.055-0 30.00.055-0 40.00.055-0	R\$ 84,98	Ações para controle da placa bacteriana.	Todas as especialidades (exceto periodontia): Máximo de 2 códigos (arcada superior e inferior) a cada 6 meses Periodontia: Máximo de 4 códigos (2 arcada superior e 2 inferior) a cada 4 meses.	Não.
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO	85300047	10.00.051-0	R\$ 62,95	Raspagem de tártaro supra-gengival e polimento coronário. O código abrange boca inteira.	Máximo de 1 código a cada 6 meses para todas as especialidades, exceto periodontia. Periodontia: Máximo 1 código a cada 4 meses. Não pode ser utilizado junto com o código PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO (84000198).	Não.
PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	84000198	não há	R\$ 20,98	Polimento coronário das duas arcadas com pasta profilática ou jato de bicarbonato . Não pode ser utilizado junto com raspagem supragengival	Máximo de 1 código a cada 6 meses. Para ser utilizado quando não há necessidade de raspagem, apenas de polimento. Não pode ser utilizado junto com o código RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO (85300039).	Não.

APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	84000031	30.00.054-5	R\$ 55,08	Tratamento provisório em dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme indicação do cirurgião-dentista.	Máximo de duas aplicações por ano. Contempla a boca inteira.	Não.
APLICAÇÃO DE SELANTE	84000074	10.00.062-0	R\$ 39,37	Procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes; Procedimento preventivo em fósulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.	Máximo de uma aplicação a cada 12 meses em pacientes até 14 anos e em dentes sem restauração oclusal.	Não.
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	84000090	10.00.053-0	R\$ 34,62	Aplicação de flúor em gel em todos os dentes.	Todas as especialidades (exceto periodontia): Máximo de 1 código a cada 6 meses Periodontia: Máximo 1 código a cada 4 meses. Código contempla as duas arcadas.	Não.
APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	84000112	Não há	R\$ 13,53	Aplicação de flúor em verniz por dente	Máximo de 1 código por dente a cada 6 meses.	Não.
REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA	84000201	10.00.053-5	R\$ 74,03	Remineralização dentária com flúor para dentes com cárie inicial. Aplicável para casos de manchas brancas (cárie inicial) generalizadas.	Só é liberado em casos de manchas generalizadas. No máximo 4 sessões a cada 12 meses. Código contempla a boca inteira.	Não.
ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL	85100242	10.00.068-0	R\$ 99,30	Remoção e restauração com material provisório de lesões de cárie generalizadas, objetivando estacionar o processo carioso e eliminar sítios de retenção e cavidades múltiplas não restauradas.	Procedimento por hemiarcada. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.

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

PRÓTESE						
COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAUÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF)	85400076	10.00.603-0	R\$ 125,70	Coroa provisória em resina.	Tratamento provisório anterior as restaurações indiretas.	Não.
REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	85400475	não há	R\$ 47,03	Ajuste da restauração provisória.	Ajuste da restauração provisória. Máximo de 1 vez por dente, por ano, salvo justificativa do profissional através de laudo.	Não.
NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	85400211	10.00.100-0	R\$ 97,60	Núcleo de preenchimento para dentes que receberão tratamento protético (não inclui a restauração) ou dentes tratados endodonticamente.	Somente para dentes que receberão tratamento protético (não inclui a restauração) ou dentes tratados endodonticamente. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade.

REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	85400114	10.00.605-0	R\$ 626,81	Restauração indireta de cerômero para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentista assistente.	Necessidade de autorização prévia. Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses. Necessidade de Laudo ou documentação a ser enviada via sistema (ver coluna seguinte). Quando não houver documentação disponível, a perícia presencial pode ser necessária.	Radiografia.
REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	85400149	10.00.606-0	R\$ 371,36	Restauração indireta metálica para dentes permanentes posteriores (pré- molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem por Restauração Metálica Fundida.	Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses. Necessidade de documentação (ver coluna seguinte). Quando não houver documentação disponível, a perícia presencial pode ser necessária.	Radiografia.
REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	85400220	10.00.607-0	R\$ 220,29	Núcleo metálico fundido intraradicular para dentes que receberão restaurações indiretas e possuem ampla destruição coronária com tratamento endodôntico prévio.	Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses. Necessidade de documentação (ver coluna seguinte). Quando não houver documentação disponível, a perícia presencial pode ser necessária.	Radiografia inicial e Final.
REABILITAÇÃO COM NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	85400262	10.00.607-0	R\$ 177,40	Instalação de núcleo pré-fabricado (metal, fibra de vidro ou fibra de carbono) em dentes tratados endodonticamente que necessitem de maior retenção da restauração.	Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses. Necessidade de documentação (ver coluna seguinte)	Radiografia inicial e Final.
REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA	85400556	10.00.608-0	R\$ 280,67	Restauração indireta para: a. dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.	Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses. Necessidade de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.

RECIMENTAÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO	85400467	10.00.407-0	R\$ 50,38	Recimentação	Máximo de 3 código por dente a cada 6 meses. Não se aplica a cimentação final de uma prótese definitiva, pois já está incluída no código principal.	Não.
REMOÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO	85400505	20.00.208-0	R\$ 107,02	Remoção de peça protética quando há necessidade de realização de novo tratamento endodôntico ou restaurador.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia.
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL C/ ARMAÇÃO METÁLICA E GRAMPOS FUNDIDOS BILATERAL	85400386	10.00.425-0	R\$ 1.273,83	Confecção, instalação e ajustes de prótese parcial removível.	O prazo pra repetição do código é de 36 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade.
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO	85400394	10.00.425-5	R\$ 691,30	Prótese parcial provisória.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte)	Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade.
PRÓTESE TOTAL	85400408	10.00.429-0	R\$ 1.269,50	Confecção, instalação e ajustes de prótese total removível.	O prazo pra repetição do código é de 36 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade.
PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	85400416	10.00.429-5	R\$ 1.029,52	Confecção de prótese total para instalação logo após a remoção dos elementos dentários.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade.
REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL (PRAZO INTERVALAR DE 1 ANO)	85400491	10.00.432-0	R\$ 195,15	Reembasamento de prótese removível	O prazo pra repetição do código é de 12 meses. Não pode ser solicitado no momento da instalação de prótese removível, pois já está contemplado no código principal.	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
CONCERTO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL OU PRÓTESE TOTAL - INCLUSIVE REPARO OU SUBSTITUIÇÃO DE DENTES	85400050	10.00.438-0	R\$ 89,70	Conserto de prótese removível.	Não pode ser solicitado no momento da instalação de prótese removível, pois já está contemplado no código principal.	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.

REABILITAÇÃO COM COROA METALO-CERÂMICA	85400157	10.00.605-5	R\$ 815,99	Restauração indireta com metalo-cerâmica para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentista assistente.	Necessidade de autorização prévia. Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.	Radiografia.
--	----------	-------------	------------	--	--	--------------

RADIOLOGIA						
RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING	81000375	10.00.022-0 20.00.022-0	R\$ 14,17	Radiografia intraoral para visualização da região interproximal em dentes posteriores.	Necessidade de envio de documentação quando realizado em clínica radiológica (ver coluna seguinte)	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
RADIOGRAFIA OCLUSAL	81000383	30.00.023-0	R\$ 29,91	Radiografia intraoral para avaliação dos dentes e da estrutura óssea da maxila ou mandíbula.	Necessidade de envio de documentação quando realizado em clínica radiológica (ver coluna seguinte)	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMIA)	81000405	10.00.023-5	R\$ 58,95	Radiografia extraoral para visualização de dentes e estruturas ósseas da maxila e da mandíbula.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
RADIOGRAFIA PERIAPICAL	81000421	10.00.021-0 20.00.021-0	R\$ 14,17	Radiografia intraoral que objetiva a visualização do dente e de seu periápice.	Necessidade de envio de documentação quando realizado em clínica radiológica (ver coluna seguinte).	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante

LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO/PERIAPICAL COMPLETO)	81000294	Não há	R\$ 198,38	Exame periapical completo, que contempla 14 radiografias periapicais.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte)	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	40801110	60.00.711-5	R\$ 105,41	Radiografia da articulação temporomandibular.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte)	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
RADIOGRAFIA DE MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	40803139	60.00.712-0	R\$ 57,72	Radiografia de mãos e punhos para idade óssea.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE	40801098	60.00.712-5	R\$ 48,93	Radiografia de ossos da face.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE	40801063	60.00.713-0	R\$ 48,93	Radiografia dos seios da face.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES UNILATERAL	60.00.713-5	60.00.713-5	R\$ 186,97	Tomografia da ATM unilateral.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (BILATERAL)	41001044	60.00.713-6	R\$ 339,01	Tomografia da ATM bilateral.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE	41001036	60.00.714-0	R\$ 311,19	Tomografia de face ou seio da face.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAXILA	41001281	60.00.714-5	R\$ 313,70	Tomografia computadorizada da maxila.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDÍBULA	41001273	60.00.714-5	R\$ 313,70	Tomografia computadorizada da mandíbula.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante

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

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

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA	82001189	50.00.569-0	R\$ 94,11	Redução da fratura do alvéolo por meio de manobra bidigital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade.
REIMPLANTE DE DENTE AVULSIONADO COM CONTENÇÃO	82001251	10.00.568-5	R\$ 185,83	Reimplante de dente avulsionado por causa traumática.	Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Já contempla a contenção.	Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade.
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	85000787	40.00.307-0	R\$ 122,77	Imobilização dentária de dentes decíduos, inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes.	Inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte).	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.
IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	85300020	40.00.307-0	R\$ 122,77	Imobilização dentária de dentes permanentes, inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes.	Inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte)	Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento.

OBSERVAÇÕES

Em alguns casos, será necessária perícia presencial. O setor de perícia comunicará à clínica, via sistema ou e-mail, quando houver necessidade.

Caso necessário, o setor de perícia poderá exigir perícia final para qualquer procedimento antes do faturamento.

Procedimentos que necessitem de realização em ambiente hospitalar terão o valor de tabela dobrado e serão pagos por reembolso.

A percentagem paga pelo Fascal (56% do valor de tabela) para procedimentos protéticos (coroas, núcleos fundidos, pinos pré fabricados, próteses removíveis...) possui como limite anual, por beneficiário, o valor de 5 coroas metalo-cerâmicas.

As radiografias solicitadas pela pericia são aquelas já realizadas com a finalidade de diagnóstico ou durante a execução do tratamento. Tomadas radiográficas não devem ser realizadas apenas com finalidade de documentação para auditoria odontológica.