

Tabela SulAmérica

Odontológico



Índice

1. Instruções Gerais	3
2. Previsão de Reembolso	3
3. Coberturas do SulAmérica Odontológico	5
3.1. Cobertura SulAmérica Odontológico (cobertura do Rol mais Coberturas Adicionais)	5
3.1.1 Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para Segmentação Odontológica	5
3.1.2 Coberturas Adicionais	7
3.2. Coberturas Opcionais	8
3.2.1. Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares	8
3.2.2. Prótese	8
3.2.3. Implante	8
4. Instruções Específicas	8
4.1. Urgência	9
4.2. Consulta	9
4.3. Prevenção	9
4.4. Odontopediatria	9
4.5. Dentística	9
4.6. Endodontia	10
4.7. Periodontia	10
4.8. Cirurgia Oral Menor	10
4.9. Estomatologia	10
4.10. Disfunção Temporo Mandibular	10
4.11. Pacientes Especiais	10
4.12. Estética	11
4.13. Radiologia	11
4.14. Ortodontia	11
4.15. Prótese	11
4.16. Implante	11
5. Despesas não Cobertas	12
6. Fale com a SulAmérica	12
7. Tabela SulAmérica Odontológico - TSO	12
7.1. Coberturas SulAmérica Odontológico	13
7.2. Coberturas Opcionais	21

1. Instruções Gerais

- a. Todos os procedimentos odontológicos são sempre calculados com base na Tabela SulAmérica Odontológico - TSO em uso.
- b. O cirurgião-dentista deverá descrever os serviços realizados.
- c. Os valores atribuídos para cada procedimento incluem os materiais necessários e cuidados inerentes ao procedimento em questão (exemplo: anestesia, materiais de forramento para restaurações, sutura cirúrgica).
- d. O reembolso se dará segundo o valor vigente nas datas de realização dos serviços e pelo múltiplo previsto no plano contratado, observados os valores máximos de reembolso e descontada a co-participação, se houver.
- e. Para comprovação das despesas efetuadas, o recibo do dentista deve ser sempre original.
- f. O recibo ou nota fiscal deve conter apenas os procedimentos realizados em nome de cada beneficiário com:
 - Dados do prestador do serviço (nome, endereço, CPF e/ou CGC);
 - Número do registro no CRO e especialidade do dentista que realizou o serviço;
 - Descrição dos procedimentos executados e dente/área onde foi realizado;
 - Valor individualizado de cada procedimento realizado.
- g. Caso as despesas sejam relativas a exames complementares realizados em Clínicas de Radiologia, o recibo deve conter também as seguintes informações:
 - Dados do prestador do serviço (nome, endereço, CNPJ);
 - Nome técnico de cada exame realizado e respectivo preço unitário;
 - Data da realização dos exames;
 - Áreas ou partes radiografadas.
- h. O segurado deverá fornecer cópia de seu cartão de identificação.
- i. Os documentos específicos a cada tipo de procedimento (radiografias, relatórios ou laudo de exames), necessários para o pagamento do reembolso serão descritos na especialidade pertinente.
- j. A não apresentação dos documentos comprobatórios específicos acarretará devoluções, e por conseguinte, atrasos no seu pagamento.
- k. O valor do reembolso será pago por crédito na conta corrente cadastrada na SulAmérica.
- l. O segurado pode solicitar o reembolso das despesas odontológicas pelos seguintes canais:
 - Setor de benefícios de sua empresa;
 - Pessoalmente nas unidades de atendimento SulAmérica (consulte o endereço mais próximo na Central de Serviços SulAmérica Odontológico, o número de telefone está impresso no verso do cartão do segurado);
 - Correio: Caixa Postal 11284, CEP 05422-970 - São Paulo/SP.

2. Previsão de Reembolso

Sistema que permite ao segurado obter uma previsão do valor a ser reembolsado na utilização do dentista de sua livre escolha.

Para solicitar a previsão de reembolso os segurados contam com os seguintes caminhos:

- **Internet - Saúde Online**

Por meio do Saúde Online (sulamerica.com.br/saudeonline), os segurados tem acesso a Previsão de Reembolso, é fácil e rápido, basta cadastrar a senha pelo próprio site para ter acesso a este e diversos outros serviços.

- **Fax**

Para solicitar a previsão de reembolso os segurados também podem enviar fax para a SulAmérica (11) 3759-5600 opção 4 com os seguintes dados:

- Nome e código de identificação;
- Descrição detalhada do tratamento proposto com valores individualizados por procedimento solicitado (informar dente / área e material utilizado);
- Nome do dentista, número do CPF, número de inscrição no CRO e telefone ou e-mail para contato.
- E-mail para devolução da previsão de reembolso.

A previsão de valor de reembolso será fornecida com base nas informações prestadas, sujeita a alteração no decorrer do tratamento, não se constituindo portanto, em compromisso de pagamento pela seguradora.

Existe um formulário para facilitar a descrição do tratamento que você pode imprimir e pedir para seu dentista preencher, agilizando o recebimento do seu reembolso.

Previsão de Reembolso Odontológico
Dentista não Referenciado



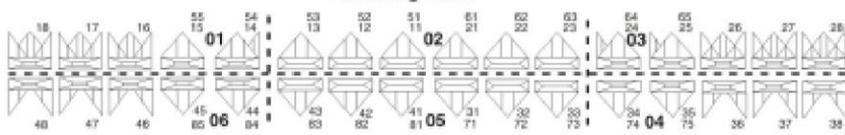
BB Seguro Saúde **SulAmérica**
associada ao ING

Uso Sulaet		Folha	
Nome do Segurado		Código de Identificação	
Telefone de Contato DDD	Fax para Retorno DDD	Previsão de Início	Previsão de Término

Instrução de Preenchimento

- Identifique com "x" os dentes ausentes
- Preencha um item por linha
- Utilize tantas folhas, quantas forem necessárias
- Informe o dente, face, material e valor de cada serviço
- Exemplo: Dente 16 Amálgama, MGD, R\$,
Dente 24, Coroa total metálica, R\$.
- Códigos para dentes - vide odontograma
- Códigos para área - vide verso
- Código dos serviços - vide verso
- Assine sobre o carimbo com nome e CRO
- Outras instruções - vide verso
- Se o procedimento não constar na relação (verso), preencher todos os campos, exceto "código do serviço"

Odontograma



Item	Dente/área	Face	Código do Serviço	Descrição do Serviço	Valor Orçado	Tratamento Data	Assinatura do Paciente
1							
2							
3							

Caso você desista de utilizar o reembolso, é necessário cancelar a prévia através do fax (11) 3759-5600 - opção 5, evitando que um novo orçamento na rede referenciada seja devolvido por duplicidade.

3. Coberturas do SulAmérica Odontológico

O SulAmérica Odontológico reúne todos os procedimentos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para Segmentação Odontológica da ANS além de diversos procedimentos adicionais.

O SulAmérica Odontológico também oferece coberturas opcionais, cabendo à empresa escolher no ato da contratação. São elas Ortodontia, Prótese e Implante.

Obs.: Coberturas opcionais conforme o produto contratado.

3.1. Cobertura SulAmérica Odontológico (cobertura do Rol mais Coberturas Adicionais)

Reúne a cobertura mínima exigida pela ANS, acrescida de outros procedimentos importantes para uma assistência odontológica adequada à manutenção da Saúde Bucal.

O grupo desta Cobertura está dividido em Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para Segmentação Odontológica (cobertura da Lei 9.656/98) e Coberturas Adicionais:

3.1.1 Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para Segmentação Odontológica

- Atividade educativa em Saúde Bucal
- Condicionamento em Odontologia (c/ DUT)
- Consulta odontológica inicial
- Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Profilaxia - Polimento Coronário
- Aplicação de carióstático (c/ DUT)
- Aplicação de selante (c/ DUT)
- Aplicação tópica de flúor
- Dessensibilização Dentária
- Redução de luxação da ATM (c/ DUT)
- Remineralização Dentária
- Biópsia de lábio (c/ DUT)
- Frenotomia/ frenectomia labial
- Adequação do meio bucal (c/ DUT)
- Ajuste oclusal
- Alveoloplastia
- Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada
- Apicetomia com ou sem obturação retrógrada
- Aprofundamento/ aumento de vestibulo
- Aumento de coroa clínica
- Biópsia de boca (c/ DUT)
- Bridectomia/ bridotomia
- Capeamento pulpar direto - excluindo restauração final
- Cirurgia para tórus/ exostose
- Cirurgia periodontal a retalho
- Colagem de fragmentos dentários
- Coroa unitária provisória com ou sem pino/ provisório para preparo de RMF (c/ DUT)
- Cunha proximal
- Controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático
- Incisão e drenagem (intra ou extra oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial

- Exodontia a retalho
- Exodontia de raiz residual
- Exodontia simples de decíduo
- Exodontia simples de permanente
- Faceta direta em resina fotopolimerizável
- Gengivectomia/ gengivoplastia
- Imobilização dentária
- Núcleo de preenchimento
- Odontosecção
- Pulpotomia
- Punção aspirativa com agulha fina/ coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial
- Raspagem sub gengival e alisamento radicular/ curetagem de bolsa periodontal
- Raspagem supra gengival e polimento coronário
- Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato (c/ DUT)
- Reabilitação com coroa total de cerômero unitária - inclui peça protética (c/ DUT)
- Reabilitação com coroa total metálica unitária - inclui peça protética (c/ DUT)
- Reabilitação com núcleo metálico fundido/ núcleo pré fabricado - inclui a peça protética (c/ DUT)
- Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética (c/ DUT)
- Recimentação de peça/ trabalho protético
- Redução de fratura alvéolo dentária
- Reimplante de dente avulsionado com contenção
- Remoção de corpo estranho intra canal
- Remoção de dentes retidos (inclusos, semi inclusos ou impactados)
- Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana)
- Remoção de núcleo intra canal
- Remoção de peça/ trabalho protético
- Restauração em amálgama
- Restauração em ionômero de vidro
- Restauração em resina fotopolimerizável
- Restauração temporária/ tratamento expectante
- Retratamento endodôntico em dentes permanentes
- Tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais ou buco-sinusais (c/ DUT)
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos moles da região buco-maxilo-facial (c/ DUT)
- Tratamento de abscesso periodontal
- Tratamento de alveolite
- Tratamento de odontalgia aguda
- Tratamento de perfuração (radicular/ câmara pulpar)
- Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta
- Tratamento endodôntico em dentes decíduos
- Tratamento endodôntico em dentes permanentes
- Tratamento restaurador atraumático (c/ DUT)
- Ulectomia/ Ulotomia
- Biópsia de língua (c/ DUT)
- Frenotomia/ frenectomia lingual
- Biópsia de glândula salivar (c/ DUT)
- Exérese ou excisão de mucocelo, rânula ou cálculo salivar
- Sutura de ferida buco-maxilo-facial (c/ DUT)
- Biópsia de mandíbula/ maxila (c/ DUT)
- Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos s/ reconstrução (c/ DUT)

- Tratamento cirúrgico de tumores benignos de hiperplasias de tecidos ósseos/ cartilagosos na mandíbula/ maxila (c/ DUT)
- Exérese de pequenos cistos de mandíbula/ maxila (c/ DUT)
- Procedimento diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica, material de punção/ biópsia e citologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial
- Radiografia interproximal (bite wing)
- Radiografia oclusal
- Radiografia panorâmica de mandíbula/ maxila (ortopantomografia) (c/ DUT)
- Radiografia pariapical
- Teste de fluxo salivar

(*) DUT = Diretriz de Utilização

3.1.2 Coberturas Adicionais

- Arco lingual ou botão de Nance
- Cirurgia de defeito ósseo
- Cirurgia de tuberosidade do maxilar
- Cirurgia e curetagem de focos residuais
- Clareamento de dente anterior desvitalizado
- Condicionamento pré cirúrgico - preparo inicial
- Consulta de acompanhamento estomatologia
- Consulta de avaliação de DTM
- Coroa de aço com mantenedor de espaço
- Desgaste interproximal
- Enucleação de cisto dental
- Enxerto gengival livre
- Enxerto pediculado
- Excisão de hiperplasia
- Excisão de hiperplasia em palato
- Excisão de tecido sem suporte no rebordo alveolar
- Mantenedor de espaço fixo
- Mantenedor de espaço removível
- Manutenção de cirurgia óssea
- Manutenção de tratamento não cirúrgico de periodontite avançada
- Marsupialização de cisto dental
- Modelos de estudo e montagem em articulador
- Pacote de fisioterapia DTM - 5 sessões
- Parafusos ou pinos retentores
- Pistas planas
- Placa de DTM
- Placa miorrelaxante
- Preparo para núcleo intrarradicular
- Reconstrução de parede coronária para isolamento
- Reconstrução do sulco gengivo-labial
- Remoção de corpo estranho
- Remoção de corpo estranho em tecido mole
- Remoção de corpo estranho em tecido ósseo
- Remoção de raiz residual no interior do seio maxilar
- Sepultamento radicular

- Tracionamento cirúrgico de dente incluso
- Tratamento cirúrgico de defeito ósseo
- Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada
- Troca do curativo pós cirúrgico

3.2. Coberturas Opcionais

3.2.1. Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares

Os serviços desta cobertura contribuem para a correção das anomalias de posicionamento dos dentes nas arcadas dentárias.

- A cobertura ortodôntica reúne os procedimentos:
 - Aparelhos ortodônticos e/ou ortopédicos
 - Aparelhos de contenção (pós tratamento)
 - Manutenções mensais
 - Procedimentos de diagnóstico (documentação ortodôntica, modelos de estudo, fotografias entre outros)

3.2.2. Prótese

Esta cobertura reúne procedimentos para reconstrução do dente (coroas, incrustações, jaquetas, etc.) e recolocação parcial ou total de dentes com objetivo de restabelecer a função mastigatória:

- Incrustações
- Coroas e núcleos
- Próteses totais
- Próteses parciais (removíveis e fixas)
- Reparos em prótese

3.2.3. Implante

Procedimentos para reposição de dente(s) perdido(s) com o uso de implantes. Inclui cobertura para:

- Implante
- Guia cirúrgico
- Cicatrizador
- Conectores
- Enxerto ósseo

4. Instruções Específicas

As coberturas da presente Tabela ocorrerão segundo a cobertura contratada pela Empresa (Cobertura SulAmérica Odontológico e/ou Coberturas Opcionais).

Esta Tabela foi dividida em 16 itens (por especialidade) relacionando os grupos por natureza dos serviços:

- Urgência
- Consulta
- Prevenção
- Odontopediatria
- Dentística
- Endodontia

- Periodontia
- Cirurgia Oral Menor
- Estomatologia
- Dtm - Disfunção Temporo Mandibular
- Pacientes Especiais
- Estética
- Radiologia
- Ortodontia
- Prótese
- Implante

4.1. Urgência

Os atendimentos de urgência tem como finalidade aliviar a dor ou desconforto de problemas bucais.

SERVIÇO	O QUE ENVIAR PARA PAGAMENTO DO REEMBOLSO
Atendimento de urgência	Relatório do dentista e radiografia diagnóstica

4.2. Consulta

Consulta inicial de avaliação.

4.3. Prevenção

São os procedimentos que visam aumentar a resistência dos dentes, diminuir o risco de cárie e inflamação gengival, em crianças e adultos, de modo a aumentar a permanência do elemento dental na boca. Não necessita de radiografia para comprovação.

4.4. Odontopediatria

Trata dos problemas bucais do bebê, crianças e adolescentes, assim como orienta os pacientes e seus familiares quanto aos cuidados preventivos que devem ser tomados para manutenção da saúde bucal.

SERVIÇO	O QUE ENVIAR PARA PAGAMENTO DO REEMBOLSO
Tratamento de canal	Radiografias inicial e final
Coroa de Aço	Radiografia final

4.5. Dentística

Inclui todos os tipos de restaurações, nos dentes anteriores ou posteriores, executados pelo dentista diretamente na boca do paciente durante um atendimento. Não necessita de radiografia para comprovação.

4.6. Endodontia

Inclui todas as etapas necessários para remoção do nervo dentário do interior do dente, bem como obturação do conduto radicular.

SERVIÇO	O QUE ENVIAR PARA PAGAMENTO DO REEMBOLSO
Tratamento e retratamento de canal	Radiografias inicial e final
Clareamento dente desvitalizado	Radiografia inicial

4.7. Periodontia

Inclui todos os tipos de tratamento para a gengiva e seu suporte ósseo.

SERVIÇO	O QUE ENVIAR PARA PAGAMENTO DO REEMBOLSO
Raspagem subgengival	Radiografias interproximais iniciais ou finais
Cirurgia periodontal	Radiografias interproximais iniciais ou finais

4.8. Cirurgia Oral Menor

Referem-se à extração de dentes ou remoção de tecidos ósseos.

SERVIÇO	O QUE ENVIAR PARA PAGAMENTO DO REEMBOLSO
Extrações de dentes inclusos, semi-inclusos e extra-numerários	Radiografias inicial e final
Frenectomia	Radiografia inicial
Cirurgia de Tracionamento	Radiografia inicial
Apicectomias	Radiografias inicial e final

4.9. Estomatologia

SERVIÇO	O QUE ENVIAR PARA PAGAMENTO DO REEMBOLSO
Cirurgia de cisto	Radiografias inicial e final

4.10. Disfunção Temporomandibular

4.11. Pacientes Especiais

SERVIÇO	O QUE ENVIAR PARA PAGAMENTO DO REEMBOLSO
Consulta para pacientes especiais	Relatório com informação da necessidade especial do paciente.

4.12. Estética

Para o plano Máximo haverá cobertura para Clareamento fotoativado e Caseiro.

4.13. Radiologia

Todas as radiografias necessárias para o tratamento odontológico devem ser especificadas: tipo da radiografia, dente ou região em que será realizada a tomada radiográfica e valores unitários.

4.14. Ortodontia

Inclui os aparelhos fixos e móveis utilizados para correção da posição inadequada dos dentes. Quando o aparelho solicitado não estiver listado na Tabela SulAmérica Odontológico será codificado como o aparelho equivalente em função, que constar na tabela.

SERVIÇO	O QUE ENVIAR PARA PAGAMENTO DO REEMBOLSO
Aparelhos ortodônticos ou ortopédicos	Relatório do caso descrevendo o tipo de aparelho que será utilizado, valor unitário dos aparelhos, disfunção do paciente, prognóstico e tempo previsto de tratamento.
Manutenções mensais	Relatório informando o tipo de aparelho (fixo, removível ou ortopédico).

4.15. Prótese

Inclui todos os tipos de reconstrução dentária (incrustações, coroas, pontes) realizadas através de moldagem e confecção em laboratório de prótese.

As próteses removíveis (parciais) e totais (dentaduras) não precisam de radiografias para comprovação.

SERVIÇO	O QUE ENVIAR PARA PAGAMENTO DO REEMBOLSO
Próteses unitárias	Radiografias inicial e final
Próteses fixas	Radiografias inicial e final
Núcleos	Radiografias inicial e final

4.16. Implante

Inclui os implantes, conectores e enxerto ósseo.

SERVIÇO	O QUE ENVIAR PARA PAGAMENTO DO REEMBOLSO
Implante	Radiografias inicial e final
Próteses sobre implante	Radiografias inicial e final
Enxerto ósseo	Radiografias inicial e final

5. Despesas não Cobertas

Os procedimentos/despesas a seguir relacionados, não possuem cobertura, exceto se expressamente autorizado pela SulAmérica:

- Procedimentos odontológicos com finalidade exclusivamente estética
- Serviços em ouro ou qualquer outro material nobre
- Despesas hospitalares, em regime ambulatorial ou de internação, para quaisquer procedimentos odontológicos, mesmo que decorrentes de acidente pessoal
- Cirurgias Buco-maxilo-faciais
- Remoção do segurado
- Atendimento domiciliar
- Procedimentos relacionados a coberturas não contratadas pelo Estipulante
- Serviços que não constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde para Segmentação Odontológica instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ou da Tabela de Honorários Odontológicos SulAmérica
- Pagamento direto ao laboratório de prótese
- Tratamentos realizados em datas anteriores ou posteriores ao início e término de vigência do seguro, respectivamente.

Importante: Cirurgia Buco-maxilo-facial ou outras cirurgias odontológicas realizadas em ambiente hospitalar, não têm cobertura pelo Seguro Odontológico.

6. Fale com a SulAmérica

Havendo necessidade de esclarecimentos adicionais ou dúvidas sobre as instruções contidas nesta tabela, nos colocamos à disposição para maiores informações:

Central de Atendimento ao Segurado
Capitais e Regiões Metropolitanas: 3003.0840
Demais Localidades: 0800 723 0840

Autorização prévia, previsão de reembolso ou cancelamento de serviços: Fax (11) 3759.5600.

Consulta à rede de prestadores ou outras informações: sulamerica.com.br

7. Tabela SulAmérica Odontológico - TSO

Os valores de reembolsos apresentados a seguir são referentes aos valores de reembolsos padrões do SulAmérica Odontológico e poderão sofrer alterações conforme opção de contratação da Empresa.

7.1 Coberturas SulAmérica Odontológico

Código	Descrição do Procedimento	Valores em Reais - R\$ por plano				
		Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige

Urgências

98151134	Abertura de camara pulpar, pulpotomia/pulpectomia	27,13	81,38	162,75	217,00	217,00
98602136	Atendimento de pericoronarite	15,75	47,25	94,50	126,00	126,00
98141139	Recimentação de peça protética	5,78	17,33	34,65	46,20	46,20
98256130	Colagem de fragmentos	33,25	99,75	180,00	200,00	200,00
98824139	Núcleo provisório imediato	31,50	94,50	150,00	200,00	200,00
98119117	Consulta de urgência clínica	14,35	43,05	86,10	114,80	114,80
98137131	Contenção de dentes abalados por ação traumática	3,85	11,55	23,10	30,80	30,80
98831135	Coroa provisória imediata	23,63	70,88	141,75	189,00	189,00
98132130	Sutura de ferida buco-maxilo-facial	11,55	34,65	69,30	92,40	92,40
98130137	Curativo temporário	5,60	16,80	33,60	44,80	44,80
98136135	Drenagem de abscesso extra oral	33,25	99,75	199,50	266,00	266,00
98135139	Drenagem de abscesso intra oral	9,10	27,30	54,60	72,80	72,80
98138138	Reimplante de dente avulsionado	47,25	141,75	283,50	378,00	378,00
98603132	Remoção de corpo estranho	8,75	26,25	52,50	70,00	70,00
98160133	Remoção de obturação intrarradicular	10,50	31,50	50,00	70,00	70,00
98134132	Atendimento de alveolite	8,23	24,68	49,35	65,80	65,80
98133136	Atendimento de hemorragias pós cirúrgicas	7,88	23,63	47,25	63,00	63,00

Consulta

98111116	Consulta inicial	14,00	42,00	84,00	112,00	112,00
----------	------------------	-------	-------	-------	--------	--------

Prevenção

98302124	Selante em dente decíduo	7,00	21,00	42,00	56,00	56,00
98308122	Selante em dente permanente	9,63	28,88	57,75	77,00	77,00
98301128	Aplicação tópica de flúor em odontopediatria	19,60	58,80	117,60	156,80	156,80
98602411	Controle e evidenciação de placa bacteriana	21,00	63,00	100,00	130,00	130,00

Código	Descrição do Procedimento	Valores em Reais - R\$ por plano				
		Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige
98608410	Aplicação tópica de flúor em adultos	17,50	52,50	105,00	140,00	140,00
98601415	Orientação de higiene bucal - Atividade educativa	18,73	56,18	112,35	149,80	149,80
98303120	Orientação aos pais - Atividade educativa	19,08	57,23	114,45	152,60	152,60
98122126	Profilaxia	17,85	53,55	107,10	142,80	142,80

Odontopediatria

98309129	Adequação do meio bucal	26,25	78,75	150,00	200,00	200,00
98311123	Aplicação de carióstático - Arcada	23,10	69,30	138,60	184,80	184,80
98304127	Aplicação de carióstático	5,78	17,33	34,65	46,20	46,20
98335120	Arco lingual ou Botão de Nance	68,25	180,00	200,00	240,00	240,00
98300113	Condicionamento psicológico até 05 anos incompletos	26,25	78,75	157,50	210,00	210,00
98328140	Coroa de aço com mantenedor de espaço	59,50	178,50	200,00	250,00	250,00
98318152	Coroa de acetato ou policarbonato	51,63	154,88	309,75	413,00	413,00
98308149	Coroa de aço	51,63	154,88	200,00	250,00	250,00
98305123	Desgaste interproximal	14,00	42,00	84,00	112,00	112,00
98410130	Exodontia de dente decíduo	15,75	47,25	94,50	126,00	126,00
98315129	Mantenedor de espaço fixo	43,75	131,25	200,00	250,00	250,00
98325124	Mantenedor de espaço removível	56,00	168,00	200,00	250,00	250,00
98306120	Pistas planas	35,00	105,00	200,00	230,00	230,00
98544357	Pulpotomia	27,13	81,38	162,75	217,00	217,00
98307126	Remineralização de esmalte	15,40	46,20	92,40	123,20	123,20
98301144	Rest em amálgama 1 face em decíduos	16,45	49,35	98,70	131,60	131,60
98302140	Rest em amálgama 2 faces em decíduos	23,98	71,93	143,85	191,80	191,80
98303147	Rest em amálgama 3 faces em decíduos	28,88	86,63	173,25	231,00	231,00
98304143	Rest em amálgama 4 faces ou mais em decíduos	31,50	94,50	189,00	252,00	252,00
98317121	Rest em ionômero de vidro 2 faces	24,50	73,50	147,00	196,00	196,00
98301152	Rest em resina 1 face em decíduos	22,05	66,15	132,30	176,40	176,40

Código	Descrição do Procedimento	Valores em Reais - R\$ por plano				
		Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige
98302159	Rest em resina 2 faces em decíduos	29,75	89,25	178,50	238,00	238,00
98303155	Rest em resina 3 faces em decíduos	31,50	94,50	189,00	252,00	252,00
98304151	Rest em resina 4 faces ou mais em decíduos	35,88	107,63	215,25	287,00	287,00
98307142	Rest em ionômero de vidro 1 face	20,83	62,48	124,95	150,00	150,00
98305115	Condicionamento em Odontologia	14,00	42,00	84,00	112,00	112,00
98555359	Tratamento endodôntico em dente decíduo	40,25	120,75	150,00	200,00	200,00
98319124	Tratamento restaurador atraumático	5,60	16,80	33,60	44,80	44,80
98430220	Ulotomia	21,00	63,00	120,00	140,00	140,00

Dentística

98831623	Elemento provisório	37,23	111,69	172,50	207,00	207,00
98841629	Coroa total metálica	130,81	392,44	460,00	575,00	575,00
98315153	Faceta direta em resina	71,75	215,25	287,00	358,75	358,75
98802615	Restauração metálica fundida	118,74	356,21	402,50	460,00	460,00
98821628	Núcleo metálico fundido	80,50	184,00	230,00	264,50	264,50
98823620	Núcleo pré fabricado	31,19	93,58	172,50	207,00	207,00
98260154	Parafusos ou pinos retentores	12,25	36,75	73,50	98,00	98,00
98320157	Núcleo de preenchimento	29,75	78,75	120,00	150,00	150,00
98865625	Reabilitação com coroa total de cerômero unitária - dentes anteriores	211,23	460,00	517,50	575,00	575,00
98201140	Rest em amálgama 1 face em dentes permanentes	16,45	49,35	98,70	131,60	131,60
98202146	Rest em amálgama 2 faces em dentes permanentes	23,98	71,93	143,85	191,80	191,80
98203142	Rest em amálgama 3 faces em dentes permanentes	28,88	86,63	173,25	231,00	231,00
98204149	Rest em amálgama 4 faces ou mais em dentes permanentes	31,50	94,50	189,00	252,00	252,00
98201158	Rest em resina 1 face em dentes permanentes	22,05	66,15	132,30	176,40	176,40
98202154	Rest em resina 2 faces em dentes permanentes	29,75	89,25	178,50	238,00	238,00
98203150	Rest em resina 3 faces em dentes permanentes	31,50	94,50	189,00	252,00	252,00

Código	Descrição do Procedimento	Valores em Reais - R\$ por plano				
		Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige
98204157	Rest em resina 4 faces ou mais em dentes permanentes	35,88	107,63	215,25	287,00	287,00
98265156	Restauração de superfície radicular	21,88	65,63	131,25	175,00	175,00

Endodontia

98508318	Clareamento de dente anterior desvitalizado	28,88	86,63	173,25	231,00	231,00
98501313	Preparo para núcleo intrarradicular	11,90	35,70	56,64	79,37	79,37
98505319	Capeamento pulpar direto	5,25	15,75	31,50	42,00	42,00
98509314	Reconstrução de parede coronária para isolamento	8,75	26,25	52,50	70,00	70,00
98504312	Remoção de núcleo intrarradicular fraturado	30,63	91,88	183,75	245,00	245,00
98507311	Remoção de peça protética (prótese e/ou núcleo)	16,80	50,40	100,00	120,00	120,00
98512323	Retratamento endodôntico em incisivos e caninos	78,75	236,25	472,50	630,00	630,00
98534343	Retratamento endodôntico em molares	168,35	505,05	1.010,10	1.346,80	1.346,80
98523333	Retratamento endodôntico em pré molares	115,15	345,45	690,90	921,20	921,20
98566350	Tratamento de dente em processo de rizogênese	94,50	200,00	250,00	300,00	300,00
98544349	Tratamento de perfuração radicular	45,50	136,50	300,00	350,00	350,00
98511327	Tratamento endodôntico em incisivos e caninos	66,15	198,45	280,00	300,00	300,00
98533347	Tratamento endodôntico em molares	134,75	404,25	450,00	500,00	500,00
98522337	Tratamento endodôntico em pré molares	93,98	281,93	300,00	350,00	350,00

Periodontia

98605410	Ajuste oclusal	21,00	63,00	126,00	168,00	168,00
98674439	Aumento de coroa clínica	42,88	128,63	200,00	250,00	250,00
98678418	Condicionamento pré cirúrgico - preparo inicial	27,13	81,38	162,75	200,00	200,00
98652435	Cunha distal	26,25	78,75	157,50	210,00	210,00

Código	Descrição do Procedimento	Valores em Reais - R\$ por plano				
		Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige
98668412	Troca do curativo pós cirúrgico	20,13	60,38	120,75	161,00	161,00
98603434	Dessensibilização de colo - hemiarco	18,38	55,13	110,25	147,00	147,00
98604430	Dessensibilização de colo - dente	3,50	10,50	21,00	28,00	28,00
98605437	Dessensibilização de colo - sextante	12,25	36,75	73,50	98,00	98,00
98654438	Enxerto gengival livre	38,50	115,50	231,00	300,00	300,00
98644432	Enxerto pediculado	40,25	120,75	241,50	300,00	300,00
98607413	Imobilização dentária	7,00	21,00	42,00	56,00	56,00
98633422	Gengivectomia e/ou gengivoplastia - hemiarco	40,43	121,28	130,00	150,00	150,00
98635425	Gengivectomia e/ou gengivoplastia - sextante	26,95	80,85	161,70	215,60	215,60
98634429	Gengivectomia e/ou gengivoplastia - dente	10,50	31,50	63,00	84,00	84,00
98638416	Manut. de trat não cirúrgico de periodontite avanc.	21,88	65,63	131,25	175,00	175,00
98688413	Manutenção de cirurgia óssea	28,00	84,00	168,00	200,00	200,00
98604414	Modelos de estudo e montagem em articulador	24,15	72,45	100,00	120,00	120,00
98603418	Placa miorreaxante	100,10	280,00	300,00	350,00	350,00
98623427	Raspagem subgengival - hemiarco	23,98	71,93	90,00	120,00	120,00
98643436	Cirurgia a retalho - hemiarco	70,35	110,00	130,00	150,00	150,00
98645439	Cirurgia a retalho - sextante	46,90	70,00	80,00	90,00	90,00
98613421	Raspagem supragengival - hemiarco	13,48	40,43	80,85	110,00	110,00
98624423	Raspagem subgengival - dente	3,15	9,45	18,90	25,20	25,20
98625420	Raspagem subgengival - sextante	16,63	49,88	90,00	120,00	120,00
98614428	Raspagem supragengival - dente	1,93	5,78	11,55	15,40	15,40
98615424	Raspagem supragengival - boca toda	53,90	150,92	269,50	350,35	350,35
98616420	Raspagem supragengival - sextante	9,28	27,83	55,65	74,20	74,20
98625411	Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana)	8,75	26,25	52,50	70,00	70,00
98663437	Cirurgia de defeito ósseo - hemiarco	102,38	307,13	500,00	600,00	600,00
98665430	Cirurgia de defeito ósseo - sextante	68,25	204,75	250,00	300,00	300,00

Código	Descrição do Procedimento	Valores em Reais - R\$ por plano				
		Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige
98624431	Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada - dente	3,50	10,50	21,00	28,00	28,00
98623435	Tratamento não cirurgico da periodontite avançada - Hemiarco	27,83	83,48	166,95	222,60	222,60
98664433	Cirurgia de defeito ósseo - dente	18,38	55,13	110,25	147,00	147,00
98625438	Tratamento não cirurgico da periodontite avançada - sextante	19,25	57,75	115,50	154,00	154,00

Cirurgia Oral Menor

98460226	Apicectomia multirradicular	70,00	210,00	420,00	560,00	560,00
98461222	Apicectomia multirradicular com obturação retrógrada	96,25	288,75	577,50	770,00	770,00
98454226	Apicectomia unirradicular com obturação retrógrada	75,25	225,75	451,50	602,00	602,00
98433229	Sulcoplastia / Extensão de vestibulo	61,25	183,75	300,00	400,00	400,00
98451227	Cirurgia e curetagem de focos residuais	31,50	94,50	189,00	252,00	252,00
98453220	Apicectomia unirradicular	52,50	157,50	315,00	420,00	420,00
98434225	Correção de bridas musculares	25,38	76,13	100,00	150,00	150,00
98436228	Excisão de tecido sem suporte no rebordo alveolar	25,38	76,13	100,00	130,00	130,00
98435221	Excisão de hiperplasia em palato	49,00	147,00	294,00	392,00	392,00
98488228	Exérese de pequenos cistos de mandíbula/ maxila	99,75	229,43	299,25	399,00	399,00
98415212	Exodontia com finalidade ortodôntica	24,15	72,45	144,90	160,00	160,00
98412132	Exodontia simples de 3º molar	29,75	89,25	178,50	238,00	238,00
98459228	Tracionamento cirúrgico de dente incluso	75,25	225,75	300,00	350,00	350,00
98412213	Exodontia a retalho de dente permanente	29,75	89,25	178,50	238,00	238,00
98414216	Exodontia de dente com inclusão óssea ou impactado	99,75	299,25	598,50	798,00	798,00
98425218	Exodontia de dente com inclusão óssea profunda	143,50	430,50	861,00	1.000,00	1.000,00
98423215	Exodontia de dente com inclusão sub mucosa	80,50	241,50	483,00	644,00	644,00

Código	Descrição do Procedimento	Valores em Reais - R\$ por plano				
		Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige
98417215	Exodontia de dente extra numerário com inclusão óssea ou impactado	98,00	180,00	200,00	250,00	250,00
98413210	Exodontia de dente semi incluso	45,50	136,50	273,00	350,00	350,00
98415131	Exodontia de raiz residual de dente permanente	15,75	47,25	94,50	150,00	150,00
98416219	Remoção de raiz residual no interior do seio maxilar	112,00	336,00	672,00	896,00	896,00
98418211	Exodontia de dente extra numerário	23,63	70,88	141,75	189,00	189,00
98411136	Exodontia simples de dente permanente	24,15	72,45	144,90	160,00	160,00
98432222	Frenectomia labial	25,38	76,13	152,25	180,00	180,00
98422227	Frenectomia lingual	25,38	76,13	152,25	180,00	180,00
98455222	Alveoloplastia	17,50	52,50	105,00	140,00	140,00
98441221	Reconstrução do sulco gengivo-labial	108,50	325,50	651,00	868,00	868,00
98463225	Redução cruenta de fratura alvéolo-dentária	93,80	200,00	250,00	300,00	300,00
98421220	Redução de luxação da ATM	24,15	72,45	144,90	193,20	193,20
98456229	Cirurgia de tuberosidade do maxilar	26,25	78,75	150,00	180,00	180,00
98464221	Redução incruenta de fratura alvéolo-dentária	52,15	156,45	312,90	417,20	417,20
98450220	Remoção de corpo estranho em tecido ósseo	43,75	131,25	262,50	350,00	350,00
98431226	Remoção de corpo estranho em tecido mole	15,40	46,20	92,40	123,20	123,20
98419218	Exodontia de dente extra numerário com inclusão óssea profunda	149,10	447,30	894,60	1.192,80	1.192,80
98458221	Cirurgia de tórus mandibular	87,50	262,50	525,00	700,00	700,00
98457225	Cirurgia de tórus palatino	87,50	262,50	400,00	450,00	450,00
98694430	Amputação radicular com ou sem obturação retrógrada	37,63	112,88	130,00	225,75	225,75
98684434	Hemisseção/ Rizotomia	26,25	78,75	150,00	180,00	180,00
98704435	Sepultamento radicular	37,63	112,88	200,00	220,00	220,00
98403230	Teste de Fluxo Salivar	22,05	66,15	100,00	120,00	120,00

Código	Descrição do Procedimento	Valores em Reais - R\$ por plano				
		Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige
98475223	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de hiperplasias de tecidos ósseos/ cartilagosos na mandíbula/ maxila	99,75	229,43	299,25	399,00	399,00
98484222	Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos moles da região buco-maxilo-facial	66,50	120,00	199,50	266,00	266,00
98401220	Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos s/ reconstrução	99,75	229,43	299,25	399,00	399,00
98442228	Ulectomia	36,58	109,73	120,00	140,00	140,00

Estomatologia

98493221	Biópsia de glândula salivar	33,25	65,00	120,00	266,00	266,00
98462229	Biópsia de lábio	66,50	120,00	199,50	266,00	266,00
98495224	Biópsia de língua	66,50	120,00	199,50	266,00	266,00
98498223	Biópsia de mandíbula/ maxila	99,75	229,43	299,25	399,00	399,00
98440225	Biópsia de boca	62,65	240,45	237,00	252,00	252,00
98114115	Consulta de acompanhamento estomatologia	30,19	60,38	90,56	120,75	120,75
98452223	Enucleação de cisto dental	52,50	157,50	315,00	400,00	400,00
98401238	Anatomo patológico em mat cirúrgico, de punção e citologia esfoliativa em região BMF	35,00	52,50	63,00	98,00	98,00
98437224	Excisão de hiperplasia	27,13	81,38	100,00	130,00	130,00
98448226	Excisão de mucocele	52,50	157,50	315,00	420,00	420,00
98449222	Excisão de rânula	61,25	183,75	200,00	250,00	250,00
98471228	Marsupialização de cisto dental	26,25	78,75	157,50	210,00	210,00
98473220	Punção aspirativa com agulha fina/ coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	9,10	27,30	54,60	72,80	72,80
98439227	Remoção de cálculo salivar	43,75	90,00	100,00	120,00	120,00
98438220	Tratamento cirúrgico de fistulas buco-nasais ou buco-sinusais	78,75	236,25	472,50	630,00	630,00

DTM - Disfunção Temporo Mandibular

		Valores em Reais - R\$ por plano				
Código	Descrição do Procedimento	Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige
98113119	Consulta de avaliação de DTM	30,19	60,38	90,56	120,75	120,75
98602446	Placa de DTM	220,33	300,00	400,00	500,00	500,00

Pacientes Especiais

98112112	Consulta para pacientes especiais	30,19	60,38	90,56	120,75	120,75
----------	-----------------------------------	-------	-------	-------	--------	--------

Estética

98135295	Clareamento caseiro	Exclusivo plano Máximo e Prestige			400,00	400,00
98122290	Clareamento fotoativado	Exclusivo plano Máximo e Prestige			800,00	800,00

Radiologia

98966162	Documentação periodontal	93,79	105,00	120,00	150,00	150,00
98965263	Técnica de localização radiográfica	21,79	45,00	60,00	80,00	80,00
98952161	Levantamento periapical	64,75	208,50	240,22	300,44	300,44
98960261	Rx de ATM bilateral (três posições)	37,10	111,29	150,00	180,00	180,00
98961268	Rx de ATM bilateral (duas posições)	26,77	77,96	150,00	180,00	180,00
98957163	Rx interproximal (bite wing)	6,34	10,00	12,00	15,00	15,00
98962264	Rx lateral de corpo de mandíbula	24,76	74,28	120,00	140,00	140,00
98957260	Rx oclusal	18,11	30,00	35,00	45,00	45,00
98951165	Rx panorâmico	28,52	60,00	70,00	80,00	80,00
98956167	Rx periapical unitária	6,34	10,00	12,00	15,00	15,00

7.2 Coberturas Opcionais

Ortodontia

Código	Descrição do Procedimento	Valores em Reais - R\$ por plano				
		Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige

Documentação

98705563	Discrepância /Análise de modelos	11,03	20,00	30,00	35,00	35,00
98958569	Documentação ortodôntica	101,41	135,00	150,00	180,00	180,00
98968564	Documentação ortopédica	114,97	155,00	180,00	200,00	200,00
98707566	Fornecimento da documentação digitalizada	12,25	15,00	20,00	30,00	30,00
98706560	Fotos e/ou slides adicionais	5,25	7,00	8,00	10,00	10,00
98703560	Fotografias e slides - conjunto	26,25	28,00	30,00	40,00	40,00
98702564	Modelos de estudo	17,85	45,00	50,00	60,00	60,00
98959565	Rx de mãos e punhos	21,44	30,00	35,00	45,00	45,00
98954563	Telefrontal póstero-anterior	28,44	50,00	60,00	70,00	70,00
98964569	Teleperfil com análise computadorizada	29,31	50,00	60,00	70,00	70,00
98953567	Teleperfil com um traçado	28,87	50,00	60,00	70,00	70,00
98952560	Teleperfil sem traçado	23,71	40,00	45,00	50,00	50,00
98965565	Traçado adicional	7,88	23,63	30,00	40,00	40,00

Diagnóstico - Planejamento

98701568	Estudo e planejamento	16,63	49,88	99,75	120,00	120,00
98704567	Modelos de trabalho	14,00	35,00	40,00	50,00	50,00

Aparelhos - Ortodontia

98716514	Aparelho fixo para correção de deglutição	121,63	300,00	350,00	450,00	450,00
98731513	Aparelho extra oral	164,50	300,00	350,00	450,00	450,00
98753525	Arco de contenção inferior (3 a 3)	30,28	90,83	130,00	150,00	150,00
98729519	Arco vestibular de Bumper	95,38	200,00	250,00	300,00	300,00
98732510	Descruzamento c/ anéis ortodônticos e elástico	59,50	80,00	100,00	120,00	120,00
98736515	Disjuntor de maxila	189,00	270,00	300,00	400,00	400,00
98754521	Manutenção mensal - parcial fixo	42,00	126,00	252,00	300,00	300,00
98755528	Manutenção mensal - total fixo	58,63	175,88	350,00	450,00	450,00
98745514	Manutenção mensal - removível	42,00	126,00	252,00	350,00	350,00
98734512	Mentoneira	120,75	200,00	250,00	300,00	300,00

Código	Descrição do Procedimento	Valores em Reais - R\$ por plano				
		Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige
98752529	Placa de contenção superior	103,25	160,00	200,00	250,00	250,00
98726510	Placa de Hawley	105,00	160,00	200,00	250,00	250,00
98728512	Placa de Hawley c/ expensor	117,25	180,00	250,00	300,00	300,00
98727516	Placa de Hawley para progenia	110,95	180,00	200,00	220,00	220,00
98718517	Placa de Hotz	101,15	160,00	180,00	200,00	200,00
98717510	Placa p/ correção de deglutição - removível	98,18	150,00	170,00	200,00	200,00
98714511	Plano inclinado individual	79,10	120,00	135,00	150,00	150,00
98715518	Plano inclinado múltiplo	102,38	135,00	150,00	180,00	180,00
98730517	Quadriélice / barra palatina	166,25	250,00	300,00	350,00	350,00
98710516	Recuperador de espaço- removível	79,63	238,88	250,00	300,00	300,00
98725513	Redutor de diastema	38,50	115,50	150,00	180,00	180,00
98733516	Splinter parcial ou total	248,50	745,50	750,00	800,00	800,00
98751522	Aparelho ortodôntico fixo	318,50	955,50	1.500,00	1.700,00	1.700,00

Aparelhos - Ortopedia Funcional Dos Maxilares

98760530	Aparelho ortopédico bimaxilar	330,75	500,00	600,00	700,00	700,00
98790536	Manutenção mensal - ortopédico	42,00	126,00	252,00	300,00	300,00
98778536	Reparos e/ou reembasamento do aparelho ortopédico	70,00	90,00	100,00	120,00	120,00
98779532	Substituição do aparelho ortopédico	120,75	362,25	500,00	600,00	600,00

Prótese

Código	Descrição do Procedimento	Valores em Reais - R\$ por plano				
		Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige
98896652	Conserto de prótese total	48,30	155,25	172,50	218,50	218,50
98806610	Coroa 3/4	119,74	359,23	402,50	460,00	460,00
98807617	Coroa 4/5	119,74	359,23	402,50	460,00	460,00
98836625	Coroa metalocerâmica	322,00	644,00	805,00	1.035,00	1.035,00
98870637	Coroa metalocerâmica sobre implante	700,00	1.000,00	1.600,00	2.200,00	2.200,00
98833626	Coroa metaloplástica	201,25	402,50	460,00	575,00	575,00
98860631	Coroa metaloplástica sobre implante	550,03	920,00	1.200,00	1.800,00	1.800,00
98837621	Coroa metaloplástica com resina especial	319,99	517,50	575,00	690,00	690,00

		Valores em Reais - R\$ por plano				
Código	Descrição do Procedimento	Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige
98842625	Coroa Veneer	231,44	402,50	460,00	575,00	575,00
98830627	Elemento provisório em diastema	18,11	54,34	108,68	138,00	138,00
98838628	Faceta laminada em porcelana (indireta)	312,03	624,05	780,06	998,48	998,48
98843621	Faceta laminada em resina especial (indireta)	211,23	422,45	528,06	675,92	675,92
98892657	Guia cirúrgico para prótese total imediata	80,50	149,50	172,50	207,00	207,00
98822616	Inlay / onlay em resina	120,75	362,25	575,00	690,00	690,00
98882619	Inlay / onlay em porcelana	332,06	632,50	805,00	1.035,00	1.035,00
98832611	Inlay / onlay em resina especial	224,00	448,00	672,00	761,60	761,60
98835629	Coroa oca em porcelana	311,94	935,81	1.150,00	1.380,00	1.380,00
98832620	Coroa oca em resina	112,70	338,10	345,00	460,00	460,00
98834622	Coroa oca em resina especial	211,31	460,00	517,50	575,00	575,00
98825623	Núcleo articulado em molares	87,54	262,63	276,00	310,50	310,50
98826620	Núcleo de fibra de vidro/carbono	50,05	114,61	143,14	164,66	164,66
98864637	Pôntico em diastema	161,00	483,00	575,00	805,00	805,00
98865633	Pôntico metal free	311,94	935,81	1.151,05	1.380,00	1.380,00
98863630	Pôntico metalocerâmico	311,94	935,81	1.150,00	1.380,00	1.380,00
98862634	Pôntico metaloplástico	229,51	688,54	920,35	1.150,44	1.150,44
98861638	Pôntico higiênico	100,63	301,88	345,00	460,00	460,00
98893653	Prótese total	301,88	905,63	1.380,00	1.610,00	1.610,00
98877640	Prótese parcial removível	346,15	690,00	805,00	977,50	977,50
98873644	Prótese parcial removível com attachment	577,50	750,75	924,00	1.039,50	1.039,50
98872648	Prótese parcial removível provisória	98,61	295,84	591,68	690,00	690,00
98894650	Prótese total caracterizada	382,38	1.147,13	1.380,00	1.610,00	1.610,00
98891650	Prótese total imediata	231,44	694,31	1.150,00	1.380,00	1.380,00
98895656	Reembasamento de prótese total ou parcial removível	92,58	172,50	207,00	277,73	277,73
98897659	Reposição de dente em prótese total ou parcial removível	28,18	57,50	69,00	80,50	80,50

Implante

Código	Descrição do Procedimento	Valores em Reais - R\$ por plano				
		Básico	Especial	Executivo	Máximo	Prestige

Documentação

98912720	RX panorâmico com traçado	45,00	113,40	132,30	151,20	151,20
98983725	Tomografia computadorizada 01 arcada c/ panorâmica	280,00	336,00	392,00	560,00	560,00
98994727	Tomografia computadorizada 02 arcadas c/ panorâmica	435,00	522,00	609,00	870,00	870,00
98952722	Tomografia linear/volumetrica 01 arcada c/ panorâmica	225,00	270,00	315,00	450,00	450,00
98922726	Tomografia linear/volumetrica 01 região c/ panorâmica	95,00	114,00	133,00	190,00	190,00
98962728	Tomografia linear/volumetrica 02 arcadas c/ panorâmica	450,00	540,00	630,00	900,00	900,00
98932721	Tomografia linear/volumetrica de 02 a 03 regiões c/ panorâmica	115,00	138,00	161,00	230,00	230,00
98942727	Tomografia linear/volumetrica de 04 a 06 regiões c/ panorâmica	160,00	192,00	224,00	320,00	320,00

Procedimentos

98764721	Consulta de acompanhamento implante	14,00	42,00	84,00	112,00	112,00
98655728	Coroa metalocerâmica para protocolo	531,13	759,51	1.216,28	1.667,73	1.667,73
98654721	Coroa metalocerâmica sobre implante	700,00	1.000,00	1.600,00	2.200,00	2.200,00
98984721	Coroa metaloplástica para protocolo	420,00	850,00	960,00	1.050,00	1.050,00
98874721	Coroa metaloplástica unitária sobre implante	550,03	920,00	1.200,00	1.800,00	1.800,00
98294725	Elemento provisório sobre implante	60,03	100,00	130,00	150,00	150,00
98434721	Enxerto ósseo	900,03	1.700,00	1.950,00	2.250,00	2.250,00
98544721	Implante fase cirurgica	600,08	900,00	1.500,00	2.000,00	2.000,00
98895729	Overdenture	2.250,00	3.150,00	4.500,00	5.625,00	5.625,00



Cód. 0063.0040.0497 11.2013

ANS - nº 006246