



TABELA CABESP DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

VIGÊNCIA: PARA GUIAS ABERTAS À PARTIR DE 01 DE FEVEREIRO DE 2022

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	R\$	UNIDADE	RX OBRIGATÓRIO		IDADE	RECORRÊNCIA PERMITIDA	OBSERVAÇÕES
				INICIAL	FINAL			
CONSULTA INICIAL E DE EMERGÊNCIA								
Estes códigos não pode ser cobrados concomitantemente.								
8.10.00065	Consulta odontológica inicial	R\$ 45,00	ato	N	N		6 meses	
8.10.00049	Consulta odontológica de urgência	R\$ 43,00	ato	N	N		1 mês	não válido para pacientes já em tratamento no credenciado
RADIOLOGIA								
Obs.: só serão remuneradas radiografias enviadas à CABESP, devidamente identificadas, posicionadas, reveladas e fixadas.								
8.10.00421	Radiografia periapical	R\$ 11,76	dente	N	S			Obrigatório o envio da radiografia realizada para pagamento
8.10.00375	Radiografia interproximal - bite wing	R\$ 11,76	lado	N	S			
8.10.00383	Radiografia Oclusal	R\$ 19,06	arcada	N	S			
8.10.00294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodontônico)	R\$ 101,27	boca toda	N	S	>15 anos	12 meses	Levantamento radiográfico da boca toda, incluindo rx periapicais e interproximais. Mínimo de 09 radiografias em regiões distintas. Obrigatório o envio das radiografias realizadas para pagamento.
PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL								
8.40.00090	Aplicação Tópica de Flúor	R\$ 14,60	hemi-arco	N	N	até 15 anos	6 meses	Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.40.00201, 8.40.00171, 8.40.00031 e 8.53.00012
8.40.00201	Remineralização	R\$ 21,68	hemi-arco	N	N	até 15 anos	6 meses	Necessário justificativa na guia, com assinatura do profissional e do responsável pelo paciente. Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.40.00090, 8.40.00171 e 8.40.00031. Mínimo de 03 elementos no mesmo segmento.
8.40.00171	Controle de cárie incipiente	R\$ 11,03	dente	N	N	até 15 anos	6 meses	Necessário justificativa na guia, com assinatura do profissional e do responsável pelo paciente. Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.40.00090, 8.40.00201 e 8.40.00031
8.40.00074	Aplicação de selantes de fósulas e fissuras	R\$ 31,87	dente	N	N	até 12 anos	12 meses	Permitido apenas em dentes hígidos. Dentes decíduos: apenas em dentes posteriores; Dentes permanentes: posteriores e face palatina de dentes anteriores superiores.
8.40.00139	Atividade educativa em saúde bucal	R\$ 13,65	ato	N	N		6 meses	
8.40.00163	controle de biofilme (placa bacteriana)	R\$ 18,38	ato	N	N		6 meses	
8.40.00198	Profilaxia: polimento coronário	R\$ 21,74	hemi-arco	N	N		6 meses	Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.53.00047 e 8.53.00039
8.40.00244	Teste de fluxo salivar	R\$ 20,53	ato	N	N		1 por profissional por paciente	Para pagamento é necessário envio de relatório contendo hipótese diagnóstica, técnica empregada, medidas obtidas e conduta tomada frente ao resultado obtido. Necessário assinatura do paciente (ou responsável) e do profissional.
8.40.00252	Teste de PH salivar	R\$ 20,53	ato	N	N		1 por profissional por paciente	necessário envio do resultado obtido com a assinatura do profissional e do beneficiário.
ODONTOPEDIATRIA								
8.10.00014	Condicionamento em odontologia	R\$ 31,66	ato	N	N	até 7 anos	até 3 sessões/ano	Consultas de adaptação para pacientes com comportamento não cooperativo ou de difícil manejo. Não pode ser liberado para pacientes com tratamentos já realizados com o mesmo profissional.
8.40.00031	Aplicação de carióstático	R\$ 17,06	dente	N	N	até 5 anos	1 por dente	
8.30.00151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	R\$ 81,06	dente	S	S		1 por dente	limitada a 4 rx por endodontia
8.30.00127	Pulpotomia em dente decíduo	R\$ 63,21	dente	S	S		1 por dente	
8.30.00089	Exodontia simples de decíduo	R\$ 40,53	dente	N	N		1 por dente	
8.50.00787	Imobilização dentária em dentes decíduos	R\$ 57,28	segmento	S	S		6 meses	Já inclusa a contenção. Mínimo de 3 dentes no segmento. Liberado apenas em caso de traumatismo dentário. Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.01251
8.30.00020	Coroa de acetato em dente decíduo	R\$ 110,36	dente	S	S		5 anos	Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto.
8.30.00046	Coroa de aço em dente decíduo	R\$ 110,36	dente	S	S		5 anos	
8.30.00062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	R\$ 110,36	dente	S	S		5 anos	

PRÓTESES

Obs.: COBERTURA APENAS PARA PRÓTESES UNITÁRIAS. PEÇA PROTÉTICA JÁ INCLUSA. NÃO SERÃO REMUNERADAS QUANDO FIZEREM PARTE DE PRÓTESES PARCIAIS FIXA. TODOS OS REEMBASAMENTOS JÁ INCLUSOS.

8.54.00076	Coroa provisória com pino	R\$ 123,17	dente	S	S		1 por dente	
8.54.00084	Coroa provisória sem pino	R\$ 123,17	dente	S	S		1 por dente	
8.54.00459	Provisório Para Restauração metálica fundida	R\$ 123,17	dente	S	S		1 por dente	Coberto apenas para dentes posteriores
8.54.00114	Coroa total em cerômero	R\$ 541,17	dente	S	S		5 anos	Coberto apenas para dentes anteriores
8.54.00149	Coroa total metálica	R\$ 386,40	dente	S	S		5 anos	Coberto apenas para dentes posteriores
8.54.00220	Núcleo metálico fundido	R\$ 155,30	dente	S	S		5 anos	
8.54.00262	Pino pré-fabricado	R\$ 143,22	dente	S	S		5 anos	Pino intra-radicular. Coberto apenas em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio
8.54.00556	Restauração Metálica Fundida	R\$ 386,40	dente	S	S		5 anos	Coberto apenas em dentes permanentes posteriores com comprometimento de 3 ou mais faces.
8.54.00505	Remoção de trabalho protético	R\$ 68,83	dente	S	S		12 meses	Valor por coroa unitária ou pilar de prótese fixa.
8.54.00467	Recimentação de trabalhos protéticos	R\$ 43,00	ato	N	N		6 meses	
8.70.00040	Coroa de acetato em dente permanente	R\$ 110,36	dente	S	S		5 anos	Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, em pacientes não cooperativos / difícil manejo
8.70.00059	Coroa de aço em dente permanente	R\$ 110,36	dente	S	S		5 anos	Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, em pacientes não cooperativos / difícil manejo
8.70.00067	Coroa de policarbonato em dente permanente	R\$ 110,36	dente	S	S		5 anos	Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, em pacientes não cooperativos / difícil manejo

DENTÍSTICA

Obs.: incluídas as restaurações provisórias (quando necessárias), forramentos, ajustes e polimentos.

8.51.00099	Restauração de amálgama - 1 face	R\$ 56,07		N	N		12 meses	Necessário informar faces
8.51.00102	Restauração de amálgama - 2 faces	R\$ 68,93		N	N		12 meses	
8.51.00110	Restauração de amálgama - 3 faces	R\$ 87,62		N	N		12 meses	
8.51.00129	Restauração de amálgama - 4 faces	R\$ 116,18		N	N		12 meses	
8.51.00196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	R\$ 57,38		N	N		12 meses	
8.51.00200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	R\$ 96,23		N	N		12 meses	
8.51.00218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	R\$ 124,74		N	N		12 meses	
8.51.00226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	R\$ 136,19		N	N		12 meses	
8.51.00137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	R\$ 41,84		N	N		12 meses	
8.51.00145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	R\$ 41,84		N	N		12 meses	
8.51.00153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	R\$ 41,84		N	N		12 meses	
8.51.00161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	R\$ 41,84		N	N		12 meses	
8.51.00064	Faceta Direta em resina fotopolimerizável	R\$ 150,68		S	S		12 meses	
8.54.00211	Núcleo de preenchimento	R\$ 48,88		S	S		12 meses	Excluída a restauração.
8.51.00048 (**)	Colagem de fragmentos dentários	R\$ 40,53		N	N			
8.54.00017	Ajuste oclusal por acréscimo	R\$ 83,11	sessão	N	N		6 meses	Permitido apenas 1 ato. Para análise oclusal da boca toda e todos os ajustes oclusais necessários. Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.54.00025
8.54.00025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	R\$ 83,11	sessão	N	N		6 meses	Permitido apenas 1 ato. Para análise oclusal da boca toda e todos os ajustes oclusais necessários. Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.54.00017

ENDODONTIA

Obs.: já inclusos todos os curativos necessários.

8.52.00034	Pulpectomia	R\$ 43,00	ato	N	N			Limitada a 4 rx por endodontia
8.52.00166	Tratamento endodôntico unirradicular	R\$ 168,79	dente	S	S		12 meses	
8.52.00140	Tratamento endodôntico birradicular	R\$ 223,28	dente	S	S		12 meses	
8.52.00158	Tratamento endodôntico multirradicular	R\$ 317,21	dente	S	S		12 meses	
8.52.00115	Retratamento endodôntico unirradicular	R\$ 207,95	dente	S	S		12 meses	
8.52.00093	Retratamento endodôntico birradicular	R\$ 269,85	dente	S	S		12 meses	
8.52.00107	Retratamento endodôntico multirradicular	R\$ 377,79	dente	S	S		12 meses	
8.52.00123	Tratamento de perfuração endodôntica	R\$ 110,30	dente	S	S		12 meses	
8.52.00077	Remoção de núcleo intraradicular	R\$ 68,83	dente	S	S		12 meses	Exclui tratamento endodôntico Permitido quando com finalidade endodôntica
8.52.00050	Remoção de corpo estranho intracanal	R\$ 42,05	dente	S	S			Permitido quando com finalidade endodôntica
8.52.00131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	R\$ 80,33	dente	S	S		1 por dente	Inclusa todas as intervenções necessárias. Exclui a endodontia
8.52.00042	Pulpotomia	R\$ 61,58	dente	S	S		1 por dente	Já incluso na endodontia
8.51.00013	Capecamento pulpar direto	R\$ 37,49	dente	S	S		1 por dente	Necessário justificativa na guia com assinatura do dentista e paciente (ou responsável).

PERIODONTIA								
Procedimentos de periodontia: se o paciente for encaminhado ao periodontista, este terá prioridade à realização do procedimento.								
8.53.00047	Raspagem supra-gengival	R\$ 29,82	hemi-arco	N	N		6 meses	Já inclusa profilaxia. Não permitido concomitante aos códigos 8.53.00039 e 8.40.00198
8.53.00039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	R\$ 100,59	hemi-arco	N	N		6 meses	Permitido em regiões com alteração do nível ósseo. Já incluso profilaxia e/ou raspagem supra-gengival (mesmo hemiarco).
8.20.00417	Cirurgia periodontal a retalho	R\$ 155,30	segmento	S	N		6 meses	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não permitido concomitante às demais cirurgias periodontais
8.53.00020	Imobilização dentária em dentes permanentes	R\$ 57,28	segmento	S	S		6 meses	Já incluso a contenção. Mínimo de 3 dentes no segmento. Liberado em caso de doença periodontal ou trauma. Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.01251
8.53.00063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	R\$ 40,53	ato	N	N			Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.01030
8.20.01197 (**)	Redução simples de luxação de articulação têmporo-mandibular (ATM)	R\$ 40,53	ato	N	N			Coberto quando sua realização for passível em ambiente ambulatorial. Necessário envio de justificativa na guia assinada pelo paciente (ou responsável) e pelo profissional.
8.20.00921	Gengivectomia	R\$ 103,32	segmento	N	N		12 meses	Não permitido concomitante às demais cirurgias periodontais. Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável)
8.20.00948	Gengivoplastia	R\$ 103,32	segmento	N	N		12 meses	Não permitido concomitante as demais cirurgias periodontais. Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável)
8.20.00212	Aumento de coroa clínica	R\$ 90,56	dente	N	N		12 meses	Não permitido concomitante as demais cirurgias periodontais. Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável)
8.20.00557	Cunha proximal	R\$ 36,59	dente	S	N		1 por dente	Não permitido concomitante as demais cirurgias periodontais.
8.53.00012	Dessensibilização dentária	R\$ 29,19	sessão	N	N	> 15 anos	6 meses	Inclusas todas as intervenções necessárias
8.20.01707	Ulectomia	R\$ 42,05	dente	S	S		1 por dente	Não permitido concomitante as demais cirurgias periodontais.
8.20.01715	Ulotomia	R\$ 42,05	dente	S	S		1 por dente	Não permitido concomitante as demais cirurgias periodontais.
8.54.00246	Órtese miorelaxante (Placa oclusal estabilizadora)	R\$ 208,01	boca toda	N	N		6 meses	Já inclusos todos os ajustes necessários. NÃO COBERTO PARA O PLANO CABESP FAMÍLIA.
8.20.00662	Enxerto Gengival Livre	R\$ 147,00	dente	N	N		1 por dente	
8.20.00689	Enxerto Pediculado	R\$ 147,00	dente	N	N		1 por dente	
8.20.01685	Tunelização	R\$ 147,00	dente	N	N		1 por dente	

CIRURGIAS								
Obs.: todos os tratamentos incluem todas as manobras cirúrgicas necessárias para a realização dos procedimentos, bem como suturas, consultas pós-cirúrgicas, remoção de suturas, etc. (#) PROCEDIMENTOS SÃO COBERTOS QUANDO A LOCALIZAÇÃO E CARACTERÍSTICA DA LESÃO PERMITIREM A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO EM AMBIENTE AMBULATORIAL.								
8.20.00875	Exodontia simples de permanente	R\$ 61,69	dente	N	N		1 por dente	já incluso todas as manobras para a realização do procedimento
8.20.00832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	R\$ 61,69	dente	N	N		1 por dente	
8.20.00816	Exodontia a retalho	R\$ 76,39	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00859	Exodontia de raiz residual	R\$ 63,21	dente	N	N		1 por dente	
8.20.01286	Remoção de dentes inclusos/impactados	R\$ 231,95	dente	S	S		1 por dente	
8.20.01294	Remoção de dentes semi-inclusos/impactados	R\$ 231,95	dente	S	S		1 por dente	
8.20.01650 (**)	Tratamento de alveolite	R\$ 40,53	ato	N	N			
8.20.01502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	R\$ 142,91	dente	S	S		1 por dente	
8.20.01073	Odonto-seção	R\$ 98,54	dente	S	S		1 por dente	Finalidade de manutenção da parte sadia e a remoção da parte comprometida.
8.20.00182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 178,13	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 193,36	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 243,29	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	R\$ 259,04	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 243,29	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 259,04	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00298	Bridectomia	R\$ 60,27	segmento	N	N		1 por segmento	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não pode ser realizada concomitante aos códigos 8.20.00301

8.20.00301	Bridotomia	R\$ 60,27	segmento	N	N		1 por segmento	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não pode ser realizada concomitante ao código 8.20.0298
8.20.00883	Frenulectomia labial	R\$ 60,27	lábio	N	N		1 por segmento	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00905
8.20.00905	Frenulotomia labial	R\$ 60,27	lábio	N	N		1 por segmento	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00883
8.20.00891	Frenulectomia lingual	R\$ 60,27	língua	N	N		1 por segmento	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00913
8.20.00913	Frenulotomia lingual	R\$ 60,27	língua	N	N		1 por segmento	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00891
8.20.00034	Alveoloplastia	R\$ 59,43	segmento	S	N		1 por segmento	Não é permitido concomitante às extrações. Permitido em regiões edêntulas
8.20.00468 (**)	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$ 42,05	ato	N	N			Não pode ser cobrada concomitante aos códigos 8.20.00484 e 8.20.01499. já incluso nas exodontias
8.20.00484 (**)	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$ 42,05	ato	N	N			Não pode ser cobrada concomitante aos códigos 8.20.00468 e 8.20.01499. já incluso nas exodontias
8.20.01499 (**)	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	R\$ 42,05	ato	N	N			Coberto em caso de traumatismo. Não pode ser cobrada concomitante aos códigos 8.20.00468 e 8.20.00484; procedimento já incluso em todas as cirurgias odontológicas.
8.20.01251	Reimplante dentário com contenção	R\$ 100,17	ato	S	S			Inclusa imobilização dentária. Não pode ser cobrado concomitante com os códigos 8.53.00020 e 8.50.00787
8.20.01022	Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 43,00	ato	N	N			
8.20.01030	Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 43,00	ato	N	N			Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.53.00063
8.20.00190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	R\$ 121,33	arcada	S	S		1 por arcada	Permitido em arcadas edêntulas.
8.20.00395	Cirurgia para torus palatino	R\$ 144,48	arcada	S	S		1 por arcada	Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00352
8.20.00360	Cirurgia para torus mandibular - bilateral	R\$ 147,11	arcada	S	S		1 por arcada	Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00352 e 8.20.00387
8.20.00387	Cirurgia para torus mandibular - unilateral	R\$ 84,53	arcada	S	S		1 por arcada	Não pode ser cobrado concomitante aos códigos 8.20.00352, 8.20.00360
8.20.00352	Cirurgia para exostose maxilar	R\$ 84,53	arcada	S	S		1 por arcada	Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00395
8.20.01170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	R\$ 100,17	segmento	S	S			
8.20.01189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	R\$ 74,55	segmento	S	S			
8.20.00255	Biópsia de lábio	R\$ 55,34	lábio	N	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico
8.20.00263	Biópsia de língua	R\$ 55,34	língua	N	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico
8.20.00247	Biópsia de glândula salivar	R\$ 55,34	região	N	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico
8.20.00239	Biópsia de Boca	R\$ 56,86		N	N			Utilizar este código quando a região da biópsia não estiver especificada em código próprio. Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico
8.20.00271	Biópsia de mandíbula	R\$ 83,11	segmento	S	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico
8.20.00280	Biópsia de maxila	R\$ 83,11	segmento	S	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico
8.20.00794	Exérese ou Excisão de mucocele	R\$ 108,05	ato	N	N			Necessário envio de anátomo patológico.
8.20.00808	Exérese ou Excisão de rânula	R\$ 108,05	ato	N	N			Necessário envio de anátomo patológico.
8.20.00778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	R\$ 108,05	ato	S	S			
8.20.00050	Amputação radicular com obturação retrógrada	R\$ 97,49	dente	S	S		1 por dente	Finalidade de tratamento da área periodontal afetada, com a manutenção das estruturas dentárias seccionadas.
8.20.00069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	R\$ 97,49	dente	S	S		1 por dente	Finalidade de tratamento da área periodontal afetada, com a manutenção das estruturas dentárias seccionadas.
8.20.01510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal (#)	R\$ 160,70	dente	S	S		1 por dente	
8.20.01529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal (#)	R\$ 160,70	dente	S	S		1 por dente	
8.20.01588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 227,59	segmento	S	S			Não pode ser cobrado concomitante as cirurgias de tórus/exóstoses. Necessário envio de cópia do anátomo patológico.

8.20.01596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 227,59	segmento	S	S			Não pode ser cobrado concomitante as cirurgias para remoção de tórus/exostoses e hiperplasias ósseas. Necessário envio de cópia do anátomo patológico.
8.20.01553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 104,48	hemi-arco	N	N			Permitido em arcadas edêntulas. Necessário envio de cópia do anátomo patológico.
8.20.01618	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 104,48	segmento	N	N			Necessário envio de cópia do anátomo patológico.
8.20.01634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução (#)	R\$ 227,64	segmento	S	S			Necessário envio de cópia do anátomo patológico.
8.20.00786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos (#)	R\$ 227,64	segmento	S	S			
8.20.00441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 58,22	ato	N	N			Necessário envio de cópia de anátomo patológico.
8.20.01103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 58,22	ato	N	N			Necessário envio de cópia de anátomo patológico.

ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL

obs.: Estes códigos não podem ser utilizados como restaurações provisórias em caso de endodontia e dentística.

8.53.00055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme dental (Placa Bacteriana)	R\$ 8,66	ato	N	N	até 15 anos	1 por profissional por paciente	Procedimentos deste grupo são permitidos apenas para pacientes com alto risco, em início de tratamento. Necessário justificativa do responsável pelo beneficiário e do profissional.
8.30.00135	Restauração atraumática em dentes decíduos	R\$ 8,66	ato	N	N	até 12 anos		
8.51.00080	Restauração atraumática em dente permanente	R\$ 8,66	ato	N	N	até 15 anos		
8.52.00085	Restauração temporária / tratamento expectante	R\$ 8,66	ato	N	N			

PRAZOS PARA PAGAMENTO	REDE CREDENCIADA:	Remessas recebidas até o dia 10 são pagas em 30 dias e após este prazo ficam provisionadas para a próxima competência
	REEMBOLSO:	Pagamento em até 30 dias corridos

Envio de guia

Envio e/ou entrega Presencial do Faturamento
Rua Boa Vista, 293.
Bairro: Centro - São Paulo - SP
CEP: 01014-915



ANS nº 35.233-1

