

# COBERTURAS DOS PROCEDIMENTOS BIORAL - TABELA TUSS

## LEGENDA

|                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Coberto                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Cobertura Mediante Pagamento Paciente |
| <input type="checkbox"/>            | Não Coberto                           |

|     |               |
|-----|---------------|
| ANS | PESSOA FISICA |
|-----|---------------|

| CÓDIGO | PROCEDIMENTOS | ROL MÍNIMO | PLANO MISTO PF<br>489522213 |
|--------|---------------|------------|-----------------------------|
|--------|---------------|------------|-----------------------------|

| CÓDIGO             | PROCEDIMENTOS   | ROL MÍNIMO                          | PLANO MISTO PF                      |
|--------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>DIAGNÓSTICO</b> |   |                                     |                                     |
| 81000030           | CONSULTA ODONTOLÓGICA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000065           | CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000073           | CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000090           | CONSULTA PARA TÉCNICA DE CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO                               |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000111           | DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000138           | DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000154           | DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000170           | DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000189           | DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000197           | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000200           | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000219           | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000235           | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000243           | DIAGNÓSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300098           | MANUTENÇÃO PERIODENTAL  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000260           | DIAGNÓSTICO POR MEIO DE PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000545           | DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE TRISMO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>RADIOLOGIA</b>  |   |                                     |                                     |
| 40801136           | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA)                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 40801160           | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 40801179           | RADIOGRAFIA PERIAPICAL  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 40801187           | RADIOGRAFIA OCLUSAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000570           | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000570           | RADIOGRAFIA OCLUSAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000570           | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA)                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000570           | RADIOGRAFIA PERIAPICAL  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000278           | FOTOGRAFIA (5 fotos para documentação ortodôntica)                                  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000294           | LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000324           | RADIOGRAFIA ANTERO-POSTERIOR  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000340           | RADIOGRAFIA DA ATM (convencional)   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000367           | RADIOGRAFIA DA MÃO E PUNHO - CARPAL   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000375           | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000383           | RADIOGRAFIA OCLUSAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000405           | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA)                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000413           | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA) COM TRAÇADO CEFALOM  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000421           | RADIOGRAFIA PERIAPICAL  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                 |  |                                     |                                     |
|---------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 81000430                        | RADIOGRAFIA PÓSTERO-ANTERIOR   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000308                        | MODELOS ORTODÔNTICOS (GESSO)   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000456                        | SLIDE OU CD  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000472                        | TELERRADIOGRAFIA   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000480                        | TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO                                       |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000510                        | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO – CONE BEAM                          |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000529                        | TOMOGRAFIA CONVENCIONAL – LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL                             |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000537                        | TRAÇADO CEFALOMÉTRICO  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS</b>  |  |                                     |                                     |
| 85100048                        | COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000049                        | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000057                        | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 HS  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000468                        | CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000484                        | CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100056                        | TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100056                        | TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100056                        | TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100056                        | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100056                        | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100056                        | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100056                        | TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001022                        | INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO- | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001030                        | INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO- | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200034                        | TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200034                        | TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200034                        | TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200034                        | TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200034                        | TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400467                        | RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001251                        | REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001308                        | REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001316                        | REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001499                        | SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300063                        | TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001650                        | TRATAMENTO DE ALVEOLITE  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300080                        | GENGIVECTOMIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300080                        | GENGIVOPLASTIA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300080                        | RASPAGEM SUB-GENGIVAL E ALISAMENTO RADICULAR/CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300080                        | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300080                        | CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300080                        | CUNHA PROXIMAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300080                        | CONTROLE DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300080                        | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL</b> |  |                                     |                                     |
| 84000090                        | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000139                        | ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000163                        | CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000171                        | APLICAÇÃO DE SELANTE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000171                        | REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000171                        | CONTROLE DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000171                        | APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

|          |   |                                     |                                     |
|----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 84000171 | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000198 | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|          | <b>DENTÍSTICA</b>   |                                     |                                     |
| 85100013 | CAPEAMENTO PULPAR DIRETO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100021 | CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100030 | CLAREAMENTO DENTÁRIO DE CONSULTÓRIO   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100064 | FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100080 | RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100099 | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 1 FACE  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100102 | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 2 FACES   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100110 | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 3 FACES   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100129 | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 4 FACES   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100137 | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100145 | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 2 FACES  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100153 | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 3 FACES  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100161 | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 4 FACES  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100196 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100200 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100218 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100226 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|          | <b>ODONTOPEDIATRIA</b>  |                                     |                                     |
| 84000031 | APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000058 | APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000112 | APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 87000016 | ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NEC ESP   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 87000024 | ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000014 | CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 87000032 | CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 83000020 | COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 83000046 | COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 83000062 | COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000700 | ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 87000148 | ESTABILIZAÇÃO PAC POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA COM NECESSIDADES ESPECIAIS | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 83000089 | EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 83000097 | MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 83000100 | MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200042 | PULPOTOMIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 83000127 | PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000201 | REMINERALIZAÇÃO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300055 | REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 83000135 | RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200085 | RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000228 | TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000236 | TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 41401654 | TESTE DE FLUXO SALIVAR  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000252 | TESTE DE PH SALIVAR   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100234 | TRATAMENTO DE FLUOROSE - MICROABRASÃO   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 83000151 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|          | <b>ENDODONTIA</b>   |                                     |                                     |

|                    |  |                                     |                                     |
|--------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 85200018           | CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200050           | REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200069           | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200069           | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200069           | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200093           | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200107           | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200115           | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200123           | TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200131           | TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200140           | TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200158           | TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200166           | TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>PERIODONTIA</b> |  |                                     |                                     |
| 82000212           | AUMENTO DE COROA CLÍNICA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000417           | CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO (cada 4 dentes)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001766           | PLACA DE CONTENÇÃO CIRÚRGICA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000506           | CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100269           | DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300012           | DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000662           | ENXERTO GENGIVAL LIVRE   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000689           | ENXERTO PEDICULADO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000921           | GENGIVECTOMIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000948           | GENGIVOPLASTIA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85000787           | IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300020           | IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300039           | RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR (cada 4 dentes)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001464           | SEPULTAMENTO RADICULAR   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300071           | GENGIVECTOMIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300071           | GENGIVOPLASTIA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300071           | RASPAGEM SUB-GENGIVAL E ALISAMENTO RADICULAR/CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300071           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300071           | CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300071           | CUNHA PROXIMAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300071           | CONTROLE DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85300071           | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001685           | TUNELIZAÇÃO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>CIRURGIA</b>    |  |                                     |                                     |
| 82000026           | ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLOGIA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30101824           | BRIDECTOMIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30101824           | BRIDOTOMIA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30101638           | INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30101638           | INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30208041           | TRAT CIR DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30208041           | TRAT CIR DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30208041           | TRAT CIR DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)                         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30208041           | TRAT CIR DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30208041           | TRAT CIR DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30208041           | EXÊRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30210127           | EXÊRESE DE TUMOR BENIGNO, CISTO OU FÍSTULA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30201063           | FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LABIAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

|          |   |                                     |                                     |
|----------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 30203015 | FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LINGUAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30204038 | EXÉRESE DE RÂNULA OU MUCOCELE   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30204097 | PLASTIA DE DUCTO SALIVAR OU EXÉRESE DE CÁLCULO OU DE RÂNULA SALIVAR             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001731 | REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001740 | REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30101786 | SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30101794 | SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000034 | ALVEOLOPLASTIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000050 | AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000069 | AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000077 | APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000085 | APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000158 | APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000166 | APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000174 | APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000182 | APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000190 | APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30202027 | BIÓPSIA DE BOCA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30204011 | BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30201012 | BIÓPSIA DE LÁBIO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30203031 | BIÓPSIA DE LÍNGUA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30211018 | BIÓPSIA DE MANDÍBULA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000280 | BIÓPSIA DE MAXILA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000298 | BRIDECTOMIA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000301 | BRIDOTOMIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000336 | EXODONTIA A RETALHO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000336 | CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000352 | CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000360 | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – BILATERAL                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000387 | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – UNILATERAL                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000395 | CIRURGIA PARA TORUS PALATINO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000441 | COLETA DE RASPA DO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000522 | CRIOCIRURGIA DE NEOPLASIAS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                         |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000549 | CRIOTERAPIA OU TERMOTERAPIA EM ODONTOLOGIA                                      |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000557 | CUNHA PROXIMAL  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000743 | EXERESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO MAXILO FACIAL                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000778 | EXERESE OU EXCISÃO DE CALCULO SALIVAR   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000786 | EXERESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000794 | EXERESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000808 | EXERESE OU EXCISÃO DE RÂNULA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000816 | EXODONTIA A RETALHO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000832 | EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000859 | EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000875 | EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000883 | FRENULECTOMIA LABIAL  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000891 | FRENULECTOMIA LINGUAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000905 | FRENULOTOMIA LABIAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000913 | FRENULOTOMIA LINGUAL  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001073 | ODONTO-SECÇÃO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001103 | PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001154 | RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |

|          |  |                                     |                                     |
|----------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 82001170 | REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30207231 | REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001189 | REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001197 | REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (ATM)                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001286 | REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001294 | REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001367 | REMOÇÃO DE ODONTOMA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001502 | TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001588 | TRAT CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BMF                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001596 | TRAT CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TEC ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BMF                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001618 | TRAT CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001510 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001529 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001545 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL - BRIDECTOMIA               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001545 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL - BRIDOTOMIA                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001553 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001634 | TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS - SEM RECONSTRUÇÃO                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001642 | TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR - ATM                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001707 | ULECTOMIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001715 | ULOTOMIA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001758 | EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001758 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200174 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200174 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200174 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200174 | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200174 | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200174 | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200174 | TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100242 | ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200182 | APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200182 | APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200182 | APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200182 | APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200182 | APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200182 | APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|          | <b>PRÓTESE</b>   |                                     |                                     |
| 85400017 | AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400025 | AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400033 | CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)                              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400041 | CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)                                |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400050 | CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400068 | CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 87000040 | COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 87000059 | COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 87000067 | COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400076 | COROA PROVISÓRIA COM PINO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400084 | COROA PROVISÓRIA SEM PINO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400092 | COROA TOTAL ACRÍLICA Prensada  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400106 | COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400114 | COROA TOTAL EM CERÔMERO (dentes anteriores)  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

|          |  |                                     |                                     |
|----------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 85400149 | COROA TOTAL METÁLICA (dentes posteriores)  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400157 | COROA TOTAL METALO CERÂMICA  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400165 | COROA TOTAL METALO PLÁSTICA – CERÔMERO   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400173 | COROA TOTAL METALO PLÁSTICA – RESINA ACRÍLICA  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400181 | FACETA EM CERÂMICA PURA  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400190 | FACETA EM CERÔMERO   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400203 | GUIA CIRÚRGICO PARA PRÓTESE TOTAL IMEDIATA   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400211 | NÚCLEO DE PREENCHIMENTO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400220 | NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400238 | ONLAY DE RESINA INDIRETA   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400246 | ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400254 | ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400262 | PINO PRÉ FABRICADO   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100072 | PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400270 | PLACA OCLUSAL RESILIENTE   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200026 | PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400289 | PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA (PROVISÓRIA)   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400297 | PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400300 | PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO CERÂMICA   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400319 | PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO PLÁSTICA   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400327 | PRÓTESE PARCIAL FIXA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400335 | PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERÂMICA  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400343 | PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO PLÁSTICA  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400351 | PRÓTESE PARCIAL FIXA IN CERAN LIVRE DE METAL (METAL FREE)  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400360 | PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400378 | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400386 | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400394 | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400408 | PRÓTESE TOTAL  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400416 | PRÓTESE TOTAL IMEDIATA   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400424 | PRÓTESE TOTAL INCOLOR  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400432 | PROVISÓRIO PARA FACETA   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400440 | PROVISÓRIO PARA INLAY/ONLAY  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400459 | PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400475 | REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400483 | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM CONSULTÓRIO)  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400491 | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (EM LABORATÓRIO)   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85200077 | REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400505 | REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400513 | RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - INLAY   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400521 | RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - ONLAY   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400548 | RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400530 | RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100170 | RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - INLAY   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85100188 | RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - ONLAY   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400556 | RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400599 | REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO, AÇO OU POLICARBONATO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400599 | REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400599 | REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400599 | REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO/NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400599 | REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |



| ORTODONTIA |  |  |                                     |
|------------|--|--|-------------------------------------|
| 86000012   | ALETAS GOMES   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000020   | APARELHO DE KLAMMT   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000039   | APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR - APM                         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000047   | APARELHO DE THUROW   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000055   | APARELHO EXTRA-BUCAL   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000063   | APARELHO ORTODÔNTICO FIXO ESTÉTICO                             |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000098   | APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO                             |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000110   | APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO PARCIAL                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 84000015   | APARELHO PROTETOR BUCAL  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000128   | APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇAS BIONATOR INVERTIDA OU DE ESCHELER |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000136   | APM - APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR                         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000144   | ARCO LINGUAL   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000152   | BARRA TRANSPALATINA FIXA                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000160   | BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL                                  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000179   | BIONATOR DE BALTERS  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000187   | BLOCOS GEMINADOS DE CLARK - TWINBLOCK                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000195   | BOTÃO DE NANCE   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000209   | CONTENÇÃO FIXA - POR ARCADA                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000225   | DISJUNTOR PALATINO - HIRAX                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000233   | DISJUNTOR PALATINO - MACNAMARA                                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000241   | DISTALIZADOR COM MOLA NITINOL                                  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000250   | DISTALIZADOR DE HILGERS  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000268   | DISTALIZADOR DISTAL JET  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000276   | DISTALIZADOR PENDULO/PENDEX                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000284   | DISTALIZADOR TIPO JONES JIG                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000306   | GIANELLY   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000314   | GRADE PALATINA FIXA  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000322   | GRADE PALATINA REMOVÍVEL                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000330   | HERBST ENCAPSULADO   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000964   | IMPLANTE ORTODÔNTICO   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000357   | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO FIXO             |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000365   | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO ORTOPÉDICO       |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000373   | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO REMOVÍVEL        |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000381   | MÁSCARA FACIAL - DELAIRE E TRAÇÃO REVERSA                      |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000390   | MENTONEIRA   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000403   | MODELADOR ELÁSTICO DE BIMLER                                   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 81000308   | MODELOS ORTODÔNTICOS   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000411   | MONOBLOCO  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000420   | OBTENÇÃO DE MODELOS GNATOSTÁTICOS DE PLANAS                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000438   | PISTAS DIRETAS DE PLANAS - SUPERIOR E INFERIOR                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000446   | PISTAS INDIRETAS DE PLANAS                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000454   | PLACA DE DISTALIZAÇÃO DE MOLARES                               |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000462   | PLACA DE HAWLEY  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000470   | PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000489   | PLACA DE MORDIDA ORTODÔNTICA                                   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000497   | PLACA DE SCHWARZ   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000500   | PLACA DE VERTICALIZAÇÃO DE CANINOS                             |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000519   | PLACA DUPLA DE SANDERS   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000527   | PLACA ENCAPSULADA DE MAURÍCIO                                  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000535   | PLACA LÁBIO-ATIVA  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |



|                      |   |  |                                     |
|----------------------|---|--|-------------------------------------|
| 86000543             | PLANO ANTERIOR FIXO   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000551             | PLANO INCLINADO   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000560             | QUADRIHÉLICE  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000578             | REGULADOR DE FUNÇÃO DE FRANKEL  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000586             | SIMÕES NETWORK  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 86000594             | SPLINTER  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>IMPLANTE</b>      |   |  |                                     |
| 82000344             | CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS (levantamento de seio) |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500011             | COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500020             | COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA                        |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400122             | COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERÂMICA          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85400130             | COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERÔMERO          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500038             | COROA TOTAL METALO CERÂMICA SOBRE IMPLANTE                                |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500046             | COROA TOTAL METALO PLÁSTICA SOBRE IMPLANTE – CERÔMERO                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500054             | COROA TOTAL METALO PLÁSTICA SOBRE IMPLANTE – RESINA ACRÍLICA              |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000581             | ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DA LINHA OBLÍQUA                                |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000603             | ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DO MENTO  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000620             | ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000646             | ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500062             | GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTE  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82000980             | IMPLANTE ÓSSEO INTEGRADO  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001006             | IMPLANTE ZIGOMÁTICO   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500070             | INTERMEDIÁRIO PROTÉTICO (PARA IMPLANTES)                                  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001049             | LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO AUTÓGENO                            |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001057             | LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO HOMÓLOGO                            |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001065             | LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO LIOFILIZADO                         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001065             | LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR LIOFILIZADO                                  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500089             | MANUTENÇÃO DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTES                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500097             | OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O'RING SOBRE DOIS IMPLANTES                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500100             | OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O'RING SOBRE QUATRO OU MAIS IMPLANTES          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500119             | OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O'RING SOBRE TRÊS IMPLANTES                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500127             | PRÓTESE PARCIAL FIXA IMPLANTO SUPORTADA                                   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500135             | PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA EM CARGA IMEDIATA                         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500143             | PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTÉTICA  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500151             | PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTÉTICA  |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500160             | PROTOCOLO BRANEMARK PARA 4 IMPLANTES                                      |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500178             | PROTOCOLO BRANEMARK PARA 5 IMPLANTES                                      |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500186             | PROTOCOLO BRANEMARK PROVISÓRIO PARA 4 IMPLANTES                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 85500194             | PROTOCOLO BRANEMARK PROVISÓRIO PARA 5 IMPLANTES                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001138             | REABERTURA - COLOCAÇÃO DE CICATRIZADOR                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001243             | REGENERAÇÃO TECIDUAL GUIADA – RTG   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001324             | REMOÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO NÃO ÓSSEO INTEGRADO                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001332             | REMOÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO ÓSSEO INTEGRADO NO SEIO MAXILAR              |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 82001669             | TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REGENERATIVO COM ENXERTO DE OSSO AUTÓGENO         |  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>PROCEDIMENTOS</b> |   |  | <b>265</b>                          |