

COBERTURAS DOS PROCEDIMENTOS BIORAL - TABELA TUSS

LEGENDA

<input checked="" type="checkbox"/>	Coberto
<input type="checkbox"/>	Não Coberto

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	ANS	PESSOA JURÍDICA
			PLATINUM ORAL 472150141

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	ROL MÍNIMO	PLATINUM ORAL
DIAGNÓSTICO			
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"/>
RADIOLOGIA			
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		
81000340	RADIOGRAFIA DA ATM (convencional)		
81000367	RADIOGRAFIA DA MÃO E PUNHO - CARPAL		
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		
81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
81000430	RADIOGRAFIA PÓSTERO-ANTERIOR		
81000308	MODELOS ORTODÔNTICOS (GESSO)		<input checked="" type="checkbox"/>

81000456	SLIDE OU CD		
81000472	TELERRADIOGRAFIA		<input checked="" type="checkbox"/>
81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO		<input checked="" type="checkbox"/>
81000510	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO – CONE BEAM		
81000529	TOMOGRAFIA CONVENCIONAL – LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL		
81000537	TRAÇADO CEFALOMÉTRICO		<input checked="" type="checkbox"/>
URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS			
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"/>
PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL			
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"/>
	DENTÍSTICA		
85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
85100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO		
85100030	CLAREAMENTO DENTÁRIO DE CONSULTÓRIO		
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"/>
	ODONTOPEDIATRIA		
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		
83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	ENDODONTIA		
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"/>
	PERIODONTIA		
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"/>
	CIRURGIA		
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	EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
30210127	EXÉRESE 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 RASPADO 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		
82000549	CRIOTERAPIA OU TERMOTERAPIA EM ODONTOLOGIA		
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"/>
	PRÓTESE		
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)		
85400041	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)		
85400050	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)		
85400068	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)		
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		
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		

85400165	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA – CERÔMERO		
85400173	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA – RESINA ACRÍLICA		
85400181	FACETA EM CERÂMICA PURA		
85400190	FACETA EM CERÔMERO		
85400203	GUIA CIRÚRGICO PARA PRÓTESE TOTAL IMEDIATA		
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		
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		
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)		
85400297	PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)		
85400300	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO CERÂMICA		
85400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO PLÁSTICA		
85400327	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)		
85400335	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO CERÂMICA		
85400343	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALO PLÁSTICA		
85400351	PRÓTESE PARCIAL FIXA IN CERAN LIVRE DE METAL (METAL FREE)		
85400360	PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA		
85400378	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO		
85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL		
85400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS		
85400408	PRÓTESE TOTAL		
85400416	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA		
85400424	PRÓTESE TOTAL INCOLOR		
85400432	PROVISÓRIO PARA FACETA		
85400440	PROVISÓRIO PARA INLAY/ONLAY		
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)		
85400491	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (EM LABORATÓRIO)		
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		
85400521	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - ONLAY		
85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY		
85400530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY		
85100170	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - INLAY		
85100188	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - ONLAY		
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		
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		
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"/>
	IMPLANTE		
82000344	CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS (levantamento de seio)		
85500011	COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE		
85500020	COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA		
85400122	COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERÂMICA		
85400130	COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERÔMERO		
85500038	COROA TOTAL METALO CERÂMICA SOBRE IMPLANTE		
85500046	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA SOBRE IMPLANTE – CERÔMERO		
85500054	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA SOBRE IMPLANTE – RESINA ACRÍLICA		
82000581	ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DA LINHA OBLÍQUA		
82000603	ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DO MENTO		
82000620	ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO		
82000646	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL		
85500062	GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTE		
82000980	IMPLANTE ÓSSEO INTEGRADO		
82001006	IMPLANTE ZIGOMÁTICO		
85500070	INTERMEDIÁRIO PROTÉTICO (PARA IMPLANTES)		
82001049	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO AUTÓGENO		
82001057	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO HOMÓLOGO		
82001065	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO LIOFILIZADO		
82001065	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR LIOFILIZADO		
85500089	MANUTENÇÃO DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTES		
85500097	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O’RING SOBRE DOIS IMPLANTES		
85500100	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O’RING SOBRE QUATRO OU MAIS IMPLANTES		
85500119	OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O’RING SOBRE TRÊS IMPLANTES		
85500127	PRÓTESE PARCIAL FIXA IMPLANTO SUPORTADA		
85500135	PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA EM CARGA IMEDIATA		
85500143	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTÉTICA		
85500151	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTÉTICA		
85500160	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 4 IMPLANTES		
85500178	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 5 IMPLANTES		
85500186	PROTOCOLO BRANEMARK PROVISÓRIO PARA 4 IMPLANTES		
85500194	PROTOCOLO BRANEMARK PROVISÓRIO PARA 5 IMPLANTES		
82001138	REABERTURA - COLOCAÇÃO DE CICATRIZADOR		
82001243	REGENERAÇÃO TECIDUAL GUIADA – RTG		
82001324	REMOÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO NÃO ÓSSEO INTEGRADO		
82001332	REMOÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO ÓSSEO INTEGRADO NO SEIO MAXILAR		
82001669	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REGENERATIVO COM ENXERTO DE OSSO AUTÓGENO		

PROCEDIMENTOS

265

336