

Reembolso Odontológico

Com o **plano Odontológico CABESP** você pode utilizar os dentistas da rede credenciada, alternativamente, você tem a liberdade para escolher seu dentista de confiança e solicitar o reembolso odontológico.

Lembrando que o acesso ao reembolso será para os procedimentos realizados pela rede não credenciada, em território nacional, referenciados na **Tabela CABESP de procedimentos Odontológicos**, disponível no final deste material, e nos limites contratuais do plano.

Reembolso Odontológico

Para realizar a solicitação de reembolso odontológico, **acesse o portal CABESP**, na área logada, clique na opção **“Reembolso”**, ou faça o download do **aplicativo CABESP**, por meio do Google Play ou APP Store em seu smartphone ou dispositivo móvel.

IMPORTANTE: Todo processo de solicitação de reembolso é verificado por um cirurgião-dentista auditor para análise técnica dos procedimentos realizados. Em casos de dúvidas, para melhor classificação do procedimento dentro da **Tabela CABESP de procedimentos Odontológicos** e/ou sobre as normas de odontologia utilizados nos procedimentos realizados, poderá ser solicitada documentação complementar extra.



Recomendações

Antes de realizar o seu atendimento com o dentista:

- Imprima a **Guia de Reembolso Odontológico da CABESP** (disponível na página 03) para ser preenchida pelo dentista;
- Leia atentamente a **Tabela CABESP de procedimentos Odontológicos** (disponível na página 04) e confira quais procedimentos exigem o envio de documentação complementar e quais os documentos exigidos, para que nos casos pertinentes, possam ser solicitados ao profissional;
- Consulte os procedimentos cobertos e os valores a serem reembolsados na **Tabela CABESP de procedimentos Odontológicos** (disponível na página 04).

Antes de iniciar a solicitação de reembolso:

- Digitalize a **Guia de Reembolso Odontológico da CABESP** preenchida pelo dentista e assinada, digitalize os documentos complementares necessários e o comprovante de desembolso dos valores pagos;
- Digitalize os **documentos complementares** necessários. **Importante:** para enviar as fotos de radiografias, é necessário certificar-se de que a radiografia está do lado correto, estar em um ambiente com claridade, e abaixar a exposição de brilho na câmera, para que a visualização do procedimento não seja comprometida. Para facilitar este processo, solicite o auxílio do seu dentista para que ele fotografe as radiografias posicionadas em seu negatoscópio, desta forma a visualização fica mais nítida e sem a possibilidade de a radiografia estar do lado inverso.



TABELA CABESP DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

VIGÊNCIA: PARA GUIAS ABERTAS À PARTIR DE 01 DE FEVEREIRO DE 2025

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	R\$	UNIDADE	RX OBRIGATORIO		IDADE	RECORRÊNCIA PERMITIDA	OBSERVAÇÕES
				INICIAL	FINAL			
CONSULTA INICIAL E DE EMERGENCIA								
Estes códigos não pode ser cobrados concomitantemente.								
8.10.00065	Consulta odontológica inicial	R\$ 51,43	ato	N	N		6 meses	
8.10.00073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	R\$ 43,95	ato	N	N		6 meses	
8.10.00260	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais	R\$ 105,94	ato	N	N		12 meses	Obrigatório envio de laudo exame
8.10.00545	Diagnóstico e tratamento de trismo	R\$ 46,33	ato	N	N	>15 anos	12 meses	
8.10.00049	Consulta odontológica de urgência	R\$ 49,15	ato	N	N		1 mês	não válido para pacientes já em tratamento no credenciado
RADIOLOGIA								
Obs.: só serão remuneradas radiografias enviadas à CABESP, devidamente identificadas, posicionadas, reveladas e fixadas.								
8.10.00421	Radiografia periapical	R\$ 13,44	dente	N	S			
8.10.00375	Radiografia interproximal - bite wing	R\$ 13,44	lado	N	S			Obrigatório o envio da radiografia realizada para pagamento
8.10.00383	Radiografia Oclusal	R\$ 21,78	arcada	N	S			
8.10.00294	Levantamento Radiográfico (Exame Radodontológico)	R\$ 115,75	boca toda	N	S	>15 anos	12 meses	Levantamento radiográfico da boca toda, incluindo rx periapicais e interproximais. Mínimo de 09 radiografias em regiões distintas. Obrigatório o envio das radiografias realizadas para pagamento.
8.10.00570	Técnica de localização radiográfica	R\$ 13,44	boca toda	N	S		6 meses	
PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL								
8.40.00090	Aplicação Tópica de Flúor	R\$ 16,68	hemi-arco	N	N	até 15 anos	6 meses	Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.40.00201, 8.40.00171, 8.40.00031 e 8.53.00012
8.40.00201	Remineralização	R\$ 24,78	hemi-arco	N	N	até 15 anos	6 meses	Necessário justificativa na guia, com assinatura do profissional e do responsável pelo paciente. Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.40.00090, 8.40.00171 e 8.40.00031. Mínimo de 03 elementos no mesmo segmento.
8.40.00171	Controle de cárie incipiente	R\$ 12,60	dente	N	N	até 15 anos	6 meses	Necessário justificativa na guia, com assinatura do profissional e do responsável pelo paciente. Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.40.00090, 8.40.00201 e 8.40.00031
8.40.00074	Aplicação de selantes de fôssas e fissuras	R\$ 36,42	dente	N	N	até 12 anos	12 meses	Permitido apenas em dentes hígidos. Dentes deciduos: apenas em dentes posteriores; Dentes permanentes: posteriores e face palatina de dentes anteriores superiores.
8.40.00139	Atividade educativa em saúde bucal	R\$ 15,60	ato	N	N		6 meses	
8.40.00163	controle de biofilme (placa bacteriana)	R\$ 21,00	ato	N	N		6 meses	
8.40.00198	Profílatia: polimento coronário	R\$ 24,84	hemi-arco	N	N		6 meses	Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.53.00047 e 8.53.00039
8.40.00244	Teste de fluxo salivar	R\$ 23,46	ato	N	N		1 por profissional por paciente	Para pagamento é necessário envio de relatório contendo hipótese diagnóstica, técnica empregada, medidas obtidas e conduta tomada frente ao resultado obtido. Necessário assinatura do paciente (ou responsável) e do profissional.
8.40.00252	Teste de PH salivar	R\$ 23,46	ato	N	N		1 por profissional por paciente	necessário envio do resultado obtido com a assinatura do profissional e do beneficiário.
ODONTOPEDIATRIA								
8.10.00014	Condicionamento em odontologia	R\$ 36,18	ato	N	N	até 7 anos	até 3 sessões/ano	Consultas de adaptação para pacientes com comportamento não cooperativo ou de difícil manejo. Não pode ser liberado para pacientes com tratamentos já realizados com o mesmo profissional.
8.40.00031	Aplicação de carostático	R\$ 19,50	dente	N	N	até 5 anos	1 por dente	
8.30.00151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	R\$ 92,65	dente	S	S		1 por dente	limitada a 4 rx por endodontia
8.30.00127	Pulpotomia em dente decíduo	R\$ 72,25	dente	S	S		1 por dente	
8.30.00089	Exodontia simples de decíduo	R\$ 46,33	dente	N	N		1 por dente	
8.50.00787	Imobilização dentária em dentes deciduos	R\$ 65,47	segmento	S	S		6 meses	Já inclusa a contenção. Mínimo de 3 dentes no segmento. Liberado apenas em caso de traumatismo dentário. Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.01251
8.30.00020	Coroa de acetato em dente decíduo	R\$ 126,13	dente	S	S		5 anos	
8.30.00046	Coroa de aço em dente decíduo	R\$ 126,13	dente	S	S		5 anos	
8.30.00062	Coroa de polícarbonato em dente decíduo	R\$ 126,13	dente	S	S		5 anos	Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto.
PRÓTESES								
Obs.: COBERTURA APENAS PARA PRÓTESES UNITÁRIAS. PEÇA PROTÉTICA JÁ INCLUSA. NÃO SERÃO REMUNERADAS QUANDO FIZEREM PARTE DE PRÓTESES PARCIAIS FIXA. TODOS OS REEMBASAMENTOS JÁ INCLUSOS.								
8.54.00076	Coroa provisória com pino	R\$ 140,78	dente	S	S		1 por dente	
8.54.00084	Coroa provisória sem pino	R\$ 140,78	dente	S	S		1 por dente	
8.54.00459	Provisório Para Restauração metálica fundida	R\$ 140,78	dente	S	S		1 por dente	Coberto apenas para dentes posteriores
8.54.00114	Coroa total em cerômero	R\$ 618,55	dente	S	S		5 anos	Coberto apenas para dentes anteriores
8.54.00149	Coroa total metálica	R\$ 441,65	dente	S	S		5 anos	Coberto apenas para dentes posteriores
8.54.00220	Núcleo metálico fundido	R\$ 177,50	dente	S	S		5 anos	
8.54.00262	Pino pré-fabricado	R\$ 163,70	dente	S	S		5 anos	Pino intra-radicular. Coberto apenas em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio
8.54.00556	Restauração Metálica Fundida	R\$ 441,65	dente	S	S		5 anos	Coberto apenas em dentes permanentes posteriores com comprometimento de 3 ou mais faces.
8.54.00505	Remoção de trabalho protético	R\$ 78,67	dente	S	S		12 meses	Valor por coroa unitária ou pilar de prótese fixa.
8.54.00467	Recimentação de trabalhos protéticos	R\$ 49,15	ato	N	N		6 meses	Não permitido em coras provisórias
8.70.00040	Coroa de acetato em dente permanente	R\$ 126,13	dente	S	S		5 anos	Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, em pacientes não cooperativos / difícil manejo
8.70.00059	Coroa de aço em dente permanente	R\$ 126,13	dente	S	S		5 anos	Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, em pacientes não cooperativos / difícil manejo
8.70.00067	Coroa de polícarbonato em dente permanente	R\$ 126,13	dente	S	S		5 anos	Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, em pacientes não cooperativos / difícil manejo
8.54.00599	Planejamento em prótese	R\$ 34,29	boca	S	S	>18 anos	12 meses	
8.10.00243	Diagnóstico por meio de encerramento	R\$ 105,94	boca	N	N	>15anos	5 anos	
DENTÍSTICA								
Obs.: incluídas as restaurações provisórias (quando necessárias), forramentos, ajustes e polimentos.								
8.51.00099	Restauração de amálgama - 1 face	R\$ 64,09		N	N		12 meses	
8.51.00102	Restauração de amálgama - 2 faces	R\$ 78,79		N	N		12 meses	
8.51.00110	Restauração de amálgama - 3 faces	R\$ 100,15		N	N		12 meses	
8.51.00129	Restauração de amálgama - 4 faces	R\$ 132,80		N	N		12 meses	
8.51.00196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	R\$ 65,59		N	N		12 meses	
8.51.00200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	R\$ 109,99		N	N		12 meses	
8.51.00218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	R\$ 142,58		N	N		12 meses	Necessário informar faces
8.51.00226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	R\$ 155,66		N	N		12 meses	
8.51.00137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	R\$ 47,83		N	N		12 meses	
8.51.00145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	R\$ 47,83		N	N		12 meses	
8.51.00153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	R\$ 47,83		N	N		12 meses	
8.51.00161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	R\$ 47,83		N	N		12 meses	
8.51.00064	Faceta Direta em resina fotopolimerizável	R\$ 172,22		S	S		12 meses	Permitido apenas em dentes anteriores.
8.54.00211	Núcleo de preenchimento	R\$ 55,87		S	S		12 meses	Excluída a restauração.
8.51.00048 (**)	Colagem de fragmentos dentários	R\$ 46,33		N	N			
8.54.00017	Ajuste oclusal por acréscimo	R\$ 94,99	sessão	N	N		6 meses	Permitido apenas 1 ato. Para análise oclusal da boca toda e todos os ajustes oclusais necessários. Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.54.00025
8.54.00025	Ajuste oclusal por desgaste seletivo	R\$ 94,99	sessão	N	N		6 meses	Permitido apenas 1 ato. Para análise oclusal da boca toda e todos os ajustes oclusais necessários. Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.54.00017
8.51.00269	Dessensibilização dentinária	R\$ 62,06	dente	N	N		12 meses	Obrigatoriedade de justificativa, com assinatura do beneficiário/responsável
ENDODONTIA								
Obs.: já inclusos todos os curativos necessários.								
8.52.00034	Pulpectomia	R\$ 49,15	ato	N	N			
8.52.00166	Tratamento endodôntico unirradicular	R\$ 192,92	dente	S	S		12 meses	
8.52.00140	Tratamento endodôntico birradicular	R\$ 255,21	dente	S	S		12 meses	
8.52.00158	Tratamento endodôntico multirradicular	R\$ 362,56	dente	S	S		12 meses	
8.52.00115	Retratamento endodôntico unirradicular	R\$ 237,69	dente	S	S		12 meses	Limitada a 4 rx por endodontia
8.52.00093	Retratamento endodôntico birradicular	R\$ 308,44	dente	S	S		12 meses	
8.52.00107	Retratamento endodôntico multirradicular	R\$ 431,81	dente	S	S		12 meses	
8.52.00123	Tratamento de perfuração endodôntica	R\$ 126,07	dente	S	S		12 meses	Exclui tratamento endodôntico
8.52.00077	Remoção de núcleo intraradicular	R\$ 73,67	dente	S	S		12 meses	Permitido quando com finalidade endodôntica
8.52.00050	Remoção de corpo estranho intracanal	R\$ 48,07	dente	S	S			Permitido quando com finalidade endodôntica
8.52.00131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	R\$ 91,81	dente	S	S		1 por dente	Inclusa todas as intervenções necessárias. Exclui a endodontia
8.52.00042	Pulpotomia	R\$ 70,39	dente	S	S		1 por dente	Já incluso na endodontia
8.51.00013	Capejamento pupar direto	R\$ 42,85	dente	S	S		1 por dente	Necessário justificativa na guia com assinatura do dentista e paciente (ou responsável).
8.52.00174	Curativo endodôntico em situação de urgência	R\$ 34,29	dente	S	S	>5 anos	6 meses	

PERIODONTIA									
Procedimentos de periodontia: se o paciente for encaminhado ao periodontista, este terá prioridade à realização do procedimento.									
8.53.00047	Raspagem supra-gengival	R\$ 34,08	hemi-arco	N	N		6 meses	Já inclusa profilaxia. Não permitido concomitante aos códigos 8.53.00039 e 8.40.00198	
8.53.00039	Raspagem sub-gengival/salisamento radicular	R\$ 114,97	hemi-arco	N	N		6 meses	Permitido em regiões com alteração do nível ósseo. Já incluso profilaxia e/ou raspagem supra-gengival (mesmo hemi-arco).	
8.20.00417	Cirurgia periodontal a retalho	R\$ 177,50	segmento	S	N		6 meses	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não permitido concomitante às demais cirurgias periodontais	
8.53.00020	Imobilização dentária em dentes permanentes	R\$ 65,47	segmento	S	S		6 meses	Já incluso a contenção. Mínimo de 3 dentes no segmento. Liberado em caso de doença periodontal ou trauma. Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.01251	
8.53.00063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	R\$ 46,33	ato	N	N			Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.01030	
8.20.00921	Gengivectomia	R\$ 118,09	segmento	N	N		12 meses	Não permitido concomitante às demais cirurgias periodontais. Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável)	
8.20.00948	Gengivoplastia	R\$ 118,09	segmento	N	N		12 meses	Não permitido concomitante às demais cirurgias periodontais. Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável)	
8.20.00212	Aumento de coroa clínica	R\$ 103,51	dente	N	N		12 meses	Não permitido concomitante às demais cirurgias periodontais. Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável)	
8.20.00557	Cunha proximal	R\$ 41,82	dente	S	N		1 por dente	Não permitido concomitante às demais cirurgias periodontais.	
8.53.00012	Dessensibilização dentária	R\$ 33,36	sessão	N	N	> 15 anos	6 meses	Inclusas todas as intervenções necessárias	
8.20.01707	Uleciotomia	R\$ 48,07	dente	S	S		1 por dente	Não permitido concomitante às demais cirurgias periodontais.	
8.20.01715	Ulotomia	R\$ 48,07	dente	S	S		1 por dente	Não permitido concomitante às demais cirurgias periodontais.	
8.54.00246	Órtese mioelástica (Placa oclusal estabilizadora)	R\$ 237,75	boca toda	N	N		6 meses	Já inclusos todos os ajustes necessários. NÃO COBERTO PARA O PLANO CABESP FAMÍLIA.	
8.20.00662	Enxerto Gengival Livre	R\$ 168,02	dente	N	N		1 por dente		
8.20.00689	Enxerto Pedicular	R\$ 168,02	dente	N	N		1 por dente		
8.20.01685	Tunelização	R\$ 168,02	dente	N	N		1 por dente		
8.53.00098	Manutenção periodontal	R\$ 34,08	boca S	S	S	>15 anos	6 meses	não permitido concomitante aos códigos 8.53.00047 e 8.53.00039	
8.10.00219	Diagnóstico e tratamento de halitose	R\$ 105,94	boca N	N	N	>15 anos	12 meses	obrigatório justificativa com assinatura do beneficiário/responsável	
CIRURGIAS									
Obs.: todos os tratamentos incluem todas as manobras cirúrgicas necessárias para a realização dos procedimentos, bem como suturas, consultas pós-cirúrgicas, remoção de suturas, etc. (#) PROCEDIMENTOS SÃO COBERTOS QUANDO A LOCALIZAÇÃO E CARACTERÍSTICA DA LESÃO PERMITIREM A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO EM AMBIENTE AMBULATORIAL.									
8.20.00875	Exodontia simples de permanente	R\$ 70,51	dente	N	N		1 por dente		
8.20.00832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/profética	R\$ 70,51	dente	N	N		1 por dente		
8.20.00816	Exodontia a retalho	R\$ 87,31	dente	S	S		1 por dente	já incluso todas as manobras para a realização do procedimento	
8.20.00859	Exodontia de raiz residual	R\$ 72,25	dente	N	N		1 por dente		
8.20.01286	Remoção de dentes inclusos/impactados	R\$ 265,11	dente	S	S		1 por dente		
8.20.01294	Remoção de dentes semi-inclusos/impactados	R\$ 265,11	dente	S	S		1 por dente		
8.20.01650 (**)	Tratamento de alveolite	R\$ 46,33	ato	N	N				
8.20.01502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	R\$ 163,34	dente	S	S		1 por dente		
8.20.01073	Odonto-seccão	R\$ 112,63	dente	S	S		1 por dente	Finalidade de manutenção da parte sadia e a remoção da parte comprometida.	
8.20.00182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 203,60	dente	S	S		1 por dente		
8.20.00174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 221,01	dente	S	S		1 por dente		
8.20.00085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 278,07	dente	S	S		1 por dente		
8.20.00077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	R\$ 296,07	dente	S	S		1 por dente		
8.20.00166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 278,07	dente	S	S		1 por dente		
8.20.00158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 296,07	dente	S	S		1 por dente		
8.20.00298	Bridectomia	R\$ 68,89	segmento	N	N		1 por segmento	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não pode ser realizada concomitante aos códigos 8.20.00301	
8.20.00301	Bridotomia	R\$ 68,89	segmento	N	N		1 por segmento	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não pode ser realizada concomitante ao código 8.20.0298	
8.20.00883	Frenulectomia labial	R\$ 68,89	lábio	N	N		1 por segmento	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00905	
8.20.00905	Frenulectomia lingual	R\$ 68,89	lábio	N	N		1 por segmento	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00883	
8.20.00891	Frenulectomia lingual	R\$ 68,89	língua	N	N		1 por segmento	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00913	
8.20.00913	Frenulectomia lingual	R\$ 68,89	língua	N	N		1 por segmento	Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável). Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00891	
8.20.00034	Alveoloplastia	R\$ 67,93	segmento	S	N		1 por segmento	Não é permitido concomitante às extrações. Permitido em regiões edêntulas	
8.20.00468 (**)	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$ 48,07	ato	N	N			Não pode ser cobrada concomitante aos códigos 8.20.00484 e 8.20.01499. já incluso nas exodontias	
8.20.00484 (**)	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$ 48,07	ato	N	N			Não pode ser cobrada concomitante aos códigos 8.20.00468 e 8.20.01499. já incluso nas exodontias	
8.20.01499 (**)	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	R\$ 48,07	ato	N	N			Coberto em caso de traumatismo. Não pode ser cobrada concomitante aos códigos 8.20.00468 e 8.20.00484: procedimento já incluso em todas as cirurgias odontológicas.	
8.20.01251	Reimplante dentário com contenção	R\$ 114,49	ato	S	S			Inclusa imobilização dentária. Não pode ser cobrado concomitante com os códigos 8.53.00020 e 8.50.00787	
8.20.01022	Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 49,15	ato	N	N				
8.20.01030	Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 49,15	ato	N	N			Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.53.00063	
8.20.00190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	R\$ 138,68	arcada	S	S		1 por arcada	Permitido em arcadas edêntulas.	
8.20.00395	Cirurgia para torus palatino	R\$ 165,14	arcada	S	S		1 por arcada	Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00352	
8.20.00360	Cirurgia para torus mandibular - bilateral	R\$ 168,14	arcada	S	S		1 por arcada	Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00352 e 8.20.00387	
8.20.00387	Cirurgia para torus mandibular - unilateral	R\$ 96,61	arcada	S	S		1 por arcada	Não pode ser cobrado concomitante aos códigos 8.20.00352, 8.20.00360	
8.20.00352	Cirurgia para exostose maxilar	R\$ 96,61	arcada	S	S		1 por arcada	Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.00395	
8.20.01170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	R\$ 114,49	segmento	S	S				
8.20.01189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	R\$ 85,21	segmento	S	S				
8.20.00255	Biópsia de lábio	R\$ 63,25	lábio	N	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico	
8.20.00263	Biópsia de língua	R\$ 63,25	língua	N	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico	
8.20.00247	Biópsia de glândula salivar	R\$ 63,25	região	N	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico	
8.20.00239	Biópsia de Boca	R\$ 64,99		N	N			Utilizar este código quando a região da biópsia não estiver especificada em código próprio. Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico	
8.20.00271	Biópsia de mandíbula	R\$ 94,99	segmento	S	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico	
8.20.00280	Biópsia de maxila	R\$ 94,99	segmento	S	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico	
8.20.00794	Exérese ou Excisão de mucocele	R\$ 123,49	ato	N	N			Necessário envio de anátomo patológico.	
8.20.00808	Exérese ou Excisão de rânula	R\$ 123,49	ato	N	N			Necessário envio de anátomo patológico.	
8.20.00778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	R\$ 123,49	ato	S	S				
8.20.00050	Amputação radicular com obturação retrógrada	R\$ 111,43	dente	S	S		1 por dente	Finalidade de tratamento da área periodontal afetada, com a manutenção das estruturas dentárias seccionadas.	
8.20.00069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	R\$ 111,43	dente	S	S		1 por dente	Finalidade de tratamento da área periodontal afetada, com a manutenção das estruturas dentárias seccionadas.	
8.20.01510	Tratamento cirúrgico das fistulas buco nasal (#)	R\$ 183,68	dente	S	S		1 por dente		
8.20.01529	Tratamento cirúrgico das fistulas buco sirusal (#)	R\$ 183,68	dente	S	S		1 por dente		
8.20.01588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 260,13	segmento	S	S			Não pode ser cobrado concomitante as cirurgias de torus/exostoses. Necessário envio de cópia do anátomo patológico.	
8.20.01596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 260,13	segmento	S	S			Não pode ser cobrado concomitante as cirurgias para remoção de torus/exostoses e hiperplasias ósseas. Necessário envio de cópia do anátomo patológico.	
8.20.01553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 119,41	hemi-arco	N	N			Permitido em arcadas edêntulas. Necessário envio de cópia do anátomo patológico.	
8.20.01618	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 119,41	segmento	N	N			Necessário envio de cópia do anátomo patológico.	

8.20.01634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução (#)	R\$ 260,19	segmento	S	S				Necessário envio de cópia do anátomo patológico.
8.20.00786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos (#)	R\$ 260,19	segmento	S	S				
8.20.00441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 66,55	ato	N	N				Necessário envio de cópia de anátomo patológico.
8.20.01103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 66,55	ato	N	N				Necessário envio de cópia de anátomo patológico.
8.20.01006	Implante Zigomático	R\$ 1.714,49	sextante	S	S	>18 anos	5 anos		
8.20.01120	Punção aspirativa orientada por imagem na região buco-maxilo-facial	R\$ 66,54	sextante	N	N	>15 anos	12 meses		Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável)
8.20.01219	Reeducação e/ou reabilitação de distúrbio buco-maxilo-facial	R\$ 66,54	boca	N	N	>15 anos	4 meses		Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável)
8.20.01235	Reeducação e/ou reabilitação de seqüela em traumatismo buco-maxilo-facial	R\$ 66,54	boca	N	N	>15 anos	4 meses		Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável)
8.20.01375	Remoção de tamponamento nasal	R\$ 49,15	boca	N	N	>5 anos	6 meses		Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável)
8.20.01391	Retirada de corpo estranho oronasal ou oronasal da região buco-maxilo-facial	R\$ 70,51	sextante	S	S	>18 anos	5 anos		
8.20.01413	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial	R\$ 70,51	sextante	N	N	>15 anos	5 anos		Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável)
8.20.01430	Retirada dos meios de fixação da região buco-maxilo-facial	R\$ 70,51	sextante	S	S	>18 anos	12 meses		
8.52.00182	Curetagem apical	R\$ 70,51	sextante	S	S	>15 anos	1 por paciente		
8.20.00581	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	R\$ 685,80	sextante	N	N	>18 anos	1 por paciente		Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável)
8.20.00603	Enxerto com osso autógeno do mento	R\$ 514,35	sextante	N	N	>18 anos	1 por paciente		Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do profissional e do paciente (ou responsável)
8.20.01197 (**)	Redução simples de luxação de articulação temporomandibular (ATM)	R\$ 46,33	ato	N	N				Coberto quando sua realização for passível em ambiente ambulatorial. Necessário envio de justificativa na guia assinada pelo paciente (ou responsável) e pelo profissional.
8.20.01766	Placa de contenção cirúrgica	R\$ 237,75	boca	N	N	>18 anos	12 meses		Necessário justificativa na guia com assinatura e carimbo do dentista e paciente (ou responsável).
ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL									
obs.: Estes códigos não podem ser utilizados como restaurações provisórias em caso de endodontia e dentística.									
8.53.00055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme dental (Placa Bacteriana)	R\$ 9,90	ato	N	N	até 15 anos	1 por profissional por paciente		Procedimentos deste grupo são permitidos apenas para pacientes com alto risco, em início de tratamento. Necessário justificativa do responsável pelo beneficiário e do profissional.
8.30.00135	Restauração atraumática em dentes decíduos	R\$ 9,90	ato	N	N	até 12 anos			
8.51.00080	Restauração atraumática em dente permanente	R\$ 9,90	ato	N	N	até 15 anos			
8.52.00085	Restauração temporária / tratamento expectante	R\$ 9,90	ato	N	N				

PRAZOS PARA PAGAMENTO	REDE CREDENCIADA:
	REEMBOLSO:

Envio de guia

Envio e/ou entrega Presencial do Faturamento
Rua Boa Vista, 293
Bairro: Centro - São Paulo - SP
CEP: 010114-915



ANS nº 35.233-1

