



TABELA CABESP DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

VIGÊNCIA: PARA GUIAS ABERTAS À PARTIR DE 01 DE FEVEREIRO DE 2024

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\$ 49,11	ato	N	N		6 meses	
8.10.00073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	R\$ 41,96	ato	N	N		6 meses	
8.10.00260	Diagnóstico por meio de procedimentos laboratoriais	R\$ 101,16	ato	N	N		12 meses	Obrigatório envio de laudo exame
8.10.00545	Diaagnóstico e tratamento de trismo	R\$ 44,23	ato	N	N	>15 anos	12 meses	
8.10.00049	Consulta odontológica de urgência	R\$ 46,93	ato	N	N		1 mês	não válido para pacientes já em tratamento no credenciado
RADIOLOGIA Obs.: só serão remuneradas radiografias enviadas a CABESP, devidamente identificadas, posicionadas, reveladas e fixadas.								
8.10.00421	Radiografia periapical	R\$ 12,83	dente	N	S			Obrigatório o envio da radiografia realizada para pagamento
8.10.00375	Radiografia interproximal - bite wing	R\$ 12,83	lado	N	S			
8.10.00383	Radiografia Oclusal	R\$ 20,80	arcada	N	S			
8.10.00294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodontológico)	R\$ 110,53	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\$ 12,83	boca toda	N	S		6 meses	
PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL								
8.40.00090	Aplicação Tópica de Flúor	R\$ 15,93	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\$ 23,66	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\$ 12,03	dente	N	N	até 15 anos	6 meses	Necessário justificativa na guia, com assinatura do profissional e do responsável pelo paciente. Não pode ser realizado concomitante aos códigos 8.40.00090, 8.40.00201 e 8.40.00031
8.40.00074	Aplicação de selantes de fôssulas e fissuras	R\$ 34,78	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\$ 14,90	ato	N	N		6 meses	
8.40.00163	controle de biofilme (placa bacteriana)	R\$ 20,05	ato	N	N		6 meses	
8.40.00198	Profilaxia: polimento coronário	R\$ 23,72	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\$ 22,40	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\$ 22,40	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\$ 34,55	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 cariostático	R\$ 18,62	dente	N	N	até 5 anos	1 por dente	
8.30.00151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	R\$ 88,47	dente	S	S		1 por dente	limitada a 4 rx por endodontia
8.30.00127	Pulpotomia em dente decíduo	R\$ 68,99	dente	S	S		1 por dente	
8.30.00089	Exodontia simples de decíduo	R\$ 44,23	dente	N	N		1 por dente	
8.50.00787	Imobilização dentária em dentes deciduos	R\$ 62,51	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\$ 120,44	dente	S	S		5 anos	
8.30.00046	Coroa de aço em dente decíduo	R\$ 120,44	dente	S	S		5 anos	
8.30.00062	Coroa de polícarbonato em dente decíduo	R\$ 120,44	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\$ 134,42	dente	S	S		1 por dente	
8.54.00084	Coroa provisória sem pino	R\$ 134,42	dente	S	S		1 por dente	
8.54.00459	Provisório Para Restauração metálica fundida	R\$ 134,42	dente	S	S		1 por dente	Coberto apenas para dentes posteriores
8.54.00114	Coroa total em cerômero	R\$ 590,62	dente	S	S		5 anos	Coberto apenas para dentes anteriores
8.54.00149	Coroa total metálica	R\$ 421,71	dente	S	S		5 anos	Coberto apenas para dentes posteriores
8.54.00220	Núcleo metálico fundido	R\$ 169,48	dente	S	S		5 anos	
8.54.00262	Pino pré-fabricado	R\$ 156,31	dente	S	S		5 anos	Pino intra-radicular. Coberto apenas em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio
8.54.00556	Restauração Metálica Fundida	R\$ 421,71	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\$ 75,12	dente	S	S		12 meses	Valor por coroa unitária ou pilar de prótese fixa.
8.54.00467	Recimentação de trabalhos protéticos	R\$ 46,93	ato	N	N		6 meses	Não permitido em coroas provisórias
8.70.00040	Coroa de acetato em dente permanente	R\$ 120,44	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\$ 120,44	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\$ 120,44	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\$ 32,74	boca	S	S	>18 anos	12 meses	
8.10.00243	Diagnóstico por meio de encerramento	R\$ 101,16	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\$ 61,19		N	N		12 meses	
8.51.00102	Restauração de amálgama - 2 faces	R\$ 75,23		N	N		12 meses	
8.51.00110	Restauração de amálgama - 3 faces	R\$ 95,63		N	N		12 meses	
8.51.00129	Restauração de amálgama - 4 faces	R\$ 126,80		N	N		12 meses	
8.51.00196	Restauração em resina fotopolimerizável - 1 face	R\$ 62,63		N	N		12 meses	
8.51.00200	Restauração em resina fotopolimerizável - 2 faces	R\$ 105,03		N	N		12 meses	
8.51.00218	Restauração em resina fotopolimerizável - 3 faces	R\$ 136,14		N	N		12 meses	
8.51.00226	Restauração em resina fotopolimerizável - 4 faces	R\$ 148,63		N	N		12 meses	Necessário informar faces
8.51.00137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	R\$ 45,67		N	N		12 meses	
8.51.00145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	R\$ 45,67		N	N		12 meses	
8.51.00153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	R\$ 45,67		N	N		12 meses	
8.51.00161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	R\$ 45,67		N	N		12 meses	
8.51.00064	Faceta Direta em resina fotopolimerizável	R\$ 164,44	S	S	S		12 meses	Permitido apenas em dentes anteriores.
8.54.00211	Núcleo de preenchimento	R\$ 53,34		S	S		12 meses	Excluída a restauração.
8.51.00048 (**)	Colagem de framentos dentários	R\$ 44,23		N	N			
8.54.00017	Ajuste oclusal por acréscimo	R\$ 90,70	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\$ 90,70	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 dentária	R\$ 59,26	dente	N	N	>15 anos	12 meses	Obrigatoriedade de justificativa, com assinatura do beneficiário/responsável
ENDODONTIA Obs.: já inclusos todos os curativos necessários.								
8.52.00034	Pulpotomia	R\$ 46,93	ato	N	N			
8.52.00166	Tratamento endodôntico unirradicular	R\$ 184,21	dente	S	S		12 meses	
8.52.00140	Tratamento endodôntico birradicular	R\$ 243,68	dente	S	S		12 meses	
8.52.00158	Tratamento endodôntico multirradicular	R\$ 346,19	dente	S	S		12 meses	Limitada a 4 rx por endodontia
8.52.00115	Retratamento endodôntico unirradicular	R\$ 226,95	dente	S	S		12 meses	
8.52.00093	Retratamento endodôntico birradicular	R\$ 294,51	dente	S	S		12 meses	
8.52.00107	Retratamento endodôntico multirradicular	R\$ 412,31	dente	S	S		12 meses	
8.52.00123	Tratamento de perfuração endodôntica	R\$ 120,38	dente	S	S		12 meses	Exclui tratamento endodôntico
8.52.00077	Remoção de núcleo intraradicular	R\$ 75,12	dente	S	S		12 meses	Permitido quando com finalidade endodôntica
8.52.00050	Remoção de corpo estranho intracanal	R\$ 45,89	dente	S	S		12 meses	Permitido quando com finalidade endodôntica
8.52.00131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	R\$ 87,66	dente	S	S		1 por dente	Inclusa todas as intervenções necessárias. Exclui a endodontia
8.52.00042	Pulpotomia	R\$ 67,21	dente	S	S		1 por dente	Já incluso na endodontia

8.51.00013	Capejamento pulpar direto	R\$ 40,91	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\$ 32,74	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\$ 32,54	hemi-arco	N	N		6 meses	Já inclusa profilaxia. Não permitido concomitante aos códigos 8.53.00039 e 8.40.00198
8.53.00039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	R\$ 109,78	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\$ 169,48	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\$ 62,51	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\$ 44,23	ato	N	N			Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.20.01030
8.20.00921	Gengivectomia	R\$ 112,76	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\$ 112,76	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\$ 98,84	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\$ 39,94	dente	S	N		1 por dente	Não permitido concomitante às demais cirurgias periodontais.
8.53.00012	Dessensibilização dentária	R\$ 31,86	sessão	N	N	> 15 anos	6 meses	Inclusas todas as intervenções necessárias
8.20.01707	Ulectomia	R\$ 45,89	dente	S	S		1 por dente	Não permitido concomitante às demais cirurgias periodontais.
8.20.01715	Ulotomia	R\$ 45,89	dente	S	S		1 por dente	Não permitido concomitante às demais cirurgias periodontais.
8.54.00246	Órtese mioelaxante (Placa oclusal estabilizadora)	R\$ 227,01	boca toda	N	N		6 meses	Já inclusos todos os ajustes necessários. NÃO COBERTO PARA O PLANO CABESP FAMÍLIA.
8.20.00662	Enxerto Gengival Livre	R\$ 160,43	dente	N	N		1 por dente	
8.20.00689	Enxerto Pediculado	R\$ 160,43	dente	N	N		1 por dente	
8.20.01685	Tunelização	R\$ 160,43	dente	N	N		1 por dente	
8.53.00098	Manutenção periodontal	R\$ 32,54	boca	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\$ 101,16	boca	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 do 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\$ 67,32	dente	N	N		1 por dente	
8.20.00832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	R\$ 67,32	dente	N	N		1 por dente	
8.20.00816	Exodontia a retalho	R\$ 83,37	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00859	Exodontia de raiz residual	R\$ 68,99	dente	N	N		1 por dente	já incluso todas as manobras para a realização do procedimento
8.20.01286	Remoção de dentes inclusos/impactados	R\$ 253,14	dente	S	S		1 por dente	
8.20.01294	Remoção de dentes semi-inclusos/impactados	R\$ 253,14	dente	S	S		1 por dente	
8.20.01650 (**)	Tratamento de alveolite	R\$ 44,23	ato	N	N			
8.20.01502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	R\$ 155,96	dente	S	S		1 por dente	
8.20.01073	Odontio-seção	R\$ 107,55	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\$ 194,41	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 211,02	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 265,51	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	R\$ 282,70	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 265,51	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 282,70	dente	S	S		1 por dente	
8.20.00298	Bridectomia	R\$ 65,78	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	Bridetomia	R\$ 65,78	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\$ 65,78	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 labial	R\$ 65,78	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\$ 65,78	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\$ 65,78	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\$ 64,86	segmento	S	N		1 por segmento	Não é permitido concomitante às extracções. Permitido em regiões edêntulas
8.20.00468 (**)	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$ 45,89	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\$ 45,89	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\$ 45,89	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\$ 109,32	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\$ 46,93	ato	N	N			
8.20.01030	Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 46,93	ato	N	N			Não pode ser cobrado concomitante ao código 8.53.00063
8.20.00190	Aprofundamento/umento de vestibulo	R\$ 132,41	arcada	S	S		1 por arcada	Permitido em arcadas edêntulas.
8.20.00395	Cirurgia para torus palatino	R\$ 157,68	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\$ 160,55	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\$ 92,25	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\$ 92,25	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\$ 109,32	segmento	S	S			
8.20.01189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	R\$ 81,36	segmento	S	S			
8.20.00255	Biópsia de lábio	R\$ 60,39	lábio	N	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico
8.20.00263	Biópsia de língua	R\$ 60,39	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\$ 60,39	região	N	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico
8.20.00239	Biópsia de Boca	R\$ 62,05		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\$ 90,70	segmento	S	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico
8.20.00280	Biópsia de maxila	R\$ 90,70	segmento	S	N			Coberto desde que realizado em ambiente ambulatorial. Necessário envio de cópia de anátomo patológico
8.20.00794	Exérese ou Excisão de mucocelo	R\$ 117,92	ato	N	N			Necessário envio de anátomo patológico.
8.20.00808	Exérese ou Excisão de rânula	R\$ 117,92	ato	N	N			Necessário envio de anátomo patológico.
8.20.00778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	R\$ 117,92	ato	S	S			
8.20.00050	Amputação radicular com obturação retrógrada	R\$ 106,40	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\$ 106,40	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\$ 175,39	dente	S	S		1 por dente	
8.20.01529	Tratamento cirúrgico das fistulas buco sinusal (#)	R\$ 175,39	dente	S	S		1 por dente	
8.20.01588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 248,38	segmento	S	S			Não pode ser cobrado concomitante as cirurgias de túrus/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\$ 248,38	segmento	S	S			Não pode ser cobrado concomitante as cirurgias para remoção de túrus/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\$ 114,02	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\$ 114,02	segmento	N	N				Necessário envio de cópia do anátomo patológico.
8.20.01634	Tratamento cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução (#)	R\$ 248,44	segmento	S	S				Necessário envio de cópia do anátomo patológico.
8.20.00786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos (#)	R\$ 248,44	segmento	S	S				
8.20.00441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 63,54	ato	N	N				Necessário envio de cópia de anátomo patológico.
8.20.01103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial (#)	R\$ 63,54	ato	N	N				Necessário envio de cópia de anátomo patológico.
8.20.01006	Implante Zigomático	R\$ 1.637,06	sextante	S	S	>18 anos	5 anos		
8.20.01120	Punção aspirativa orientada por imagem na região buco-maxilo-facial	R\$ 63,54	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\$ 63,54	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\$ 63,54	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\$ 46,93	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 orocranial ou oronasal da região buco-maxilo-facial	R\$ 67,33	sextante	S	S	>18 anos	5 anos		
8.20.01413	Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial	R\$ 67,33	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\$ 67,33	sextante	S	S	>18 anos	12 meses		
8.52.00182	Curetagem apical	R\$ 67,33	sextante	S	S	>15 anos	1 por paciente		
8.20.00581	Enxerto com osso autógeno da linha oblíqua	R\$ 654,82	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\$ 491,12	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\$ 44,23	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\$ 227,02	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 Biotfilme dental (Placa Bacteriana)	R\$ 9,45	ato	N	N	até 15 anos	1 por profissional por paciente		
8.30.00135	Restauração atraumática em dentes deciduos	R\$ 9,45	ato	N	N	até 12 anos			Procedimentos deste grupo são permitidos apenas para pacientes com alto risco, em início de tratamento. Necessário justificativa do responsável pelo beneficiário e do profissional.
8.51.00080	Restauração atraumática em dente permanente	R\$ 9,45	ato	N	N	até 15 anos			
8.52.00085	Restauração temporária / tratamento expectante	R\$ 9,45	ato	N	N				

PRAZOS PARA PAGAMENTO	REDE CREDENCIADA:	
	REEMBOLSO:	

Envio de guia

Envio e/ou entrega Presencial do Faturamento
Avenida Liberdade, 823 - 10º andar.
Bairro: Liberdade - São Paulo - SP
CEP: 01503-001
Ponto de Referência: Estação São Joaquim do metrô

