TABELA CABESP DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

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

registrada sob nº 5.476.216 no 4º Registro de Títulos e Documentos da capital

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	R$	UNIDADE	RX OBRIGATÓRIO INICIAL	RX OBRIGATÓRIO FINAL	IDADE	RECORRÊNCIA PERMITIDA	OBSERVAÇÕES
CONSULTA INICIAL E DE EMERGÊNCIA **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			Obrigatório o envio da radiografia realizada para pagamento
8.10.00375	Radiografia interproximal - bite wing	R$ 13,44	lado	N	S			
8.10.00383	Radiografia Oclusal	R$ 21,78	arcada	N	S			
8.10.00294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodontônico)	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 fóssulas e fissuras	R$ 36,42	dente	N	N	até 12 anos	12 meses	Permitido apenas em dentes hígidos. Dentes decíduos: apenas em dentes posteriores; Dentes permanentes: posteriores e face palatina de dentes anteriores superiores.
8.40.00139	Atividade educativa em saúde bucal	R$ 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	Profilaxia: 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 cariostático	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 decíduos	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	Coberto para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto.
8.30.00046	Coroa de aço em dente decíduo	R$	126,13	dente	S	S		5 anos	
8.30.00062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	R$	126,13	dente	S	S		5 anos	
PRÓTESES									
Obs.: ***COBERTURA APENAS PARA PRÓTESES UNITÁRIAS. PEÇA PROTÉTICA JÁ INCLUSA. NÃO SERÃO REMUNERADAS QUANDO FIZEREM PARTE DE PRÓTESES PARCIAIS FIXA. TODOS OS REEMBASAMENTOS JÁ INCLUSOS.***									
8.54.00076	Coroa provisória com pino	R$	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 policarbonato 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 enceramento	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	Necessário informar faces
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	
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 analise 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 analise 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	>15 anos	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	Limitada a 4 rx por endodontia
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	
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 intrarradicular	R$	78,67	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	Capeamento pulpar 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/alisamento 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 as demais cirurgias periodontais. Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável)

8.20.00212	Aumento de coroa clínica	R$	103,51	dente	N	N		12 meses	Não permitido concomitante as demais cirurgias periodontais. Necessário justificativa na guia com assinatura do profissional e do paciente (ou responsável)
8.20.00557	Cunha proximal	R$	41,82	dente	S	N		1 por dente	Não permitido concomitante as 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	Ulectomia	R$	48,07	dente	S	S		1 por dente	Não permitido concomitante as demais cirurgias periodontais.
8.20.01715	Ulotomia	R$	48,07	dente	S	S		1 por dente	Não permitido concomitante as demais cirurgias periodontais.
8.54.00246	Órtese miorrelaxante (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 Pediculado	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	>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	>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$	70,51	dente	N	N		1 por dente	já incluso todas as manobras para a realização do procedimento
8.20.00832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	R$	70,51	dente	N	N		1 por dente	
8.20.00816	Exodontia a retalho	R$	87,31	dente	S	S		1 por dente	
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-secção	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 concomintante ao 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 concomintante 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	Frenulotomia 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 8.20.00883
8.20.00891	Frenulectomia língual	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	Frenulotomia 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 vestíbulo	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 maxiliar	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 específicada 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 fístulas buco nasal (#)	R$	183,68	dente	S	S		1 por dente	
8.20.01529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal (#)	R$	183,68	dente	S	S		1 por dente	
8.20.01588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial (#)	R$	260,13	segmento	S	S			Não pode ser cobrado concomitante as cirurgias de tórus/exóstoses. Necessário envio de cópia do anátomo patológico.
8.20.01596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial (#)	R$	260,13	segmento	S	S			Não pode ser cobrado concomitante as cirurgias para remoção de tórus/exostóses e hiperplasias óssesas. 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 sequela 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 oroantral 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 têmporo-mandibular (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 próvisórias 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	

8.30.00135	Restauração atraumática em dentes decíduos	R$	9,90	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$	9,90	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

cabesp

ANS nº 35.233-1

disque cabesp
0800 722-2636
4004-2636
DIA E NOITE COM VOCÊ