TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO
CONSELHO DELIBERATIVO DO PROGRAMA TST-SAÚDE

ATO DELIBERATIVO Nº 70, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2017.

Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos odontológicos sujeitos à autorização prévia do Programa de Assistência à Saúde do Tribunal Superior do Trabalho -TST-SAÚDE, bem como, dos procedimentos para a realização de perícia final.

O **PRESIDENTE DO CONSELHO DELIBERATIVO DO PROGRAMA TST-SAÚDE** no uso das atribuições que lhe confere o art. 60 do Regulamento do Programa de Assistência à Saúde do Tribunal Superior do Trabalho, aprovado pelo ATO DELIBERATIVO Nº 12, de 30 de abril de 2009, ad referendum do Conselho Deliberativo,

RESOLVE:

Art. 1º Os Procedimentos Odontológicos que necessitam de autorização prévia do Programa de Assistência à Saúde do Tribunal Superior do Trabalho – TST-SAÚDE, bem como, os procedimentos para a realização de perícia final ficam estabelecidos na tabela de procedimentos odontológicos constante do Anexo Único deste ato deliberativo.

Art. 2º Para a realização de perícia inicial, caberá ao prestador do serviço a emissão da Guia de Solicitação de Tratamento Odontológico - GSTO, que deverá ser assinada pelo beneficiário ou por seu representante e pelo profissional de saúde assistente acompanhada de exames e laudos, quando for o caso.

Art. 3º O Programa TST-SAÚDE não pagará os atendimentos odontológicos para os quais não forem apresentadas as Guias de Solicitação de Tratamento Odontológico – GSTO assinadas pelo beneficiário ou seu representante, com a identificação da data e horário de sua emissão, acompanhadas, quando for o caso, de exames e/ou laudos para a sua autorização.

Art. 4º Para a realização de perícia final deverá ser enviada obrigatoriamente ao Programa TST-Saúde a Guia de Tratamento Odontológico – GTO por meio do sistema informatizado disponibilizado ao prestador de serviço.

JusLaboris
Biblioteca Digital da Justiça do Trabalho

Fonte: Boletim Interno [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 7, 24 fev. 2017, p. 8-9.

Parágrafo único. Para os procedimentos que dispensam a perícia inicial, o prestador de serviço deverá encaminhar a Guia de Tratamento Odontológico – GTO, para efeito de faturamento, por meio eletrônico e em meio físico, devidamente assinada e carimbada, e quando houver exames, a guia deverá estar acompanhada do pedido odontológico original.

Art. 5º A perícia final, para efeito de faturamento das despesas odontológicas, será executada nas seguintes modalidades:

I - Presencial: O beneficiário deverá comparecer, obrigatoriamente, junto ao Programa TST-SAÚDE, após a conclusão do tratamento, para a realização de auditoria, acompanhado de todos os exames e/ou laudos, devendo o prestador enviar, via sistema informatizado TST-SAUDEweb, a respectiva Guia de Tratamento Odontológico – GTO.

II - Não presencial: O prestador do serviço deverá enviar ao Programa TST-SAÚDE, via sistema informatizado TST-SAUDEweb, a Guia de Tratamento Odontológico – GTO para os tratamentos que não necessitam de realização de perícia presencial, na forma da classificação dos procedimentos odontológicos constante do Anexo Único deste Ato.

Art. 6º Este Ato entra em vigor na data de sua publicação.

Ministro RENATO DE LACERDA PAIVA

JusLaboris
Biblioteca Digital da Justiça do Trabalho

Fonte: Boletim Interno [do] Tribunal Superior do Trabalho, Brasília, DF, n. 7, 24 fev. 2017, p. 8-9.

ANEXO ÚNICO DO ATO DELIBERATIVO Nº 70/2017

TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS
com vigência a partir de 1/1/2017

DIAGNÓSTICO					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
102	Consulta de controle	Não	Sim	-	54,00
110	Consulta inicial	Não	Sim	-	54,00
120	Consulta de emergência	Não	Sim	-	80,00
140	Falta (atendimento desmarcado até 4 horas antes)	Não	Sim	-	54,00

RADIOLOGIA					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
210	RX periapical	Não	Sim	-	12,00
220	RX Bite-wing (Interproximal)	Não	Sim	-	12,00
230	RX oclusal	Não	Sim	-	25,00
240	RX postero-anterior	Não	Sim	-	52,00
250	RX da ATM série completa (3 incidências)	Não	Sim	-	111,00
260	RX panorâmica	Não	Sim	-	54,00
270	Telerradiografia com traçado computadorizado	Não	Sim	-	71,00
280	Telerradiografia sem traçado	Não	Sim	-	52,00
290	RX da mão (Carpal)	Não	Sim	-	61,00
300	Modelos ortodônticos (par)	Não	Sim	-	59,00
310	Slides (unidade) - máximo 5 unidades	Não	Sim	-	12,00
320	Fotos (unidade) - máximo 8 unidades	Não	Sim	-	12,00
330	Panorâmica com traçado	Não	Sim	-	88,00
340	Tomografia linear com 1 corte	Não	Sim	-	90,00
350	Tomografia linear com 2 cortes	Não	Sim	-	181,00
360	Tomografia linear com 3 cortes	Não	Sim	-	270,00
370	Tomografia linear com 4 cortes	Não	Sim	-	361,00
380	Documentação em disquete	Não	Sim	-	28,00
390	Documentação ortodôntica (inclui 01 panorâmica, 01 telerradio- grafia com traçado, 01 par de modelos ortodônticos, 08 fotos.)	Não	Sim	-	255,00
397	Tomografia Computadorizada para 1 dente	Não	Sim	-	119,00
398	Tomografia Computadorizada para 2 dentes na mesma arcada	Não	Sim	-	173,00

RADIOLOGIA					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
399	Tomografia Computadorizada para 3 dentes na mesma arcada	Não	Sim	-	226,00
400	Tomografia Computadorizada para 4 dentes na mesma arcada	Não	Sim	-	279,00
401	Tomografia Computadorizada de Maxila ou Mandíbula Total	Não	Sim	-	332,00
402	Tomografia Computadorizada da articulação têmporo-mandibular ATM - unilateral	Não	Sim	-	198,00
403	Tomografia Computadorizada da articulação têmporo-mandibular ATM - bilateral	Não	Sim	-	329,00
404	Tomografia Computadorizada dos seios da face	Não	Sim	-	329,00

TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
410	Teste de risco de cárie	Não	Sim	-	40,00
420	Teste de fluxo salivar	Não	Sim	-	39,00
430	Halitometria	Não	Sim	-	39,00
50	Exame anatomopatológico por peça e/ou citopatológico	Não	Sim	-	106,00
51	Revisão de lâmina	Não	Sim	-	93,00
5061	Punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco maxilo-facial	Não	Sim	-	109,00

PREVENÇÃO					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
500	Prevenção (inclui profilaxia, orientação de higiene bucal, aplicaçãode flúor, controle de placa bacteriana, raspagem supra-gengival e tratamento da gengivite - 4 Hemiarcadas)	Não	Sim	-	199,00

ODONTOPEDIATRIA					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
610	Aplicação tópica de flúor (verniz) - 4 hemiarcadas	Não	Sim	-	35,00
620	Aplicação de selante (por elemento)	Sim	-	Sim	34,00
630	Aplicação de selante (técnica invasiva)	Sim	-	Sim	41,00
650	Remineralização (fluorterapia) - por sessão, máximo de 4 sessões	Não	Sim	-	29,00
660	Adequação do meio bucal com ionômero de vidro/IRM - por hemiarcada	Sim	-	Sim	81,00

ODONTOPEDIATRIA					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
680	Restauração a ionômero de vidro (1 face)	Sim	-	Sim	71,00
690	Restauração preventiva (ionômero + selante)	Sim	-	Sim	52,00
700	Coroa de aço, acetato ou policarbonato	Sim	-	Sim	89,00
710	Capeamento pulpar em decíduos (excluindo restauração final)	Não	Sim	-	56,00
720	Pulpotomia	Não	Sim	-	71,00
721	Restauração provisória (urgência)	Não	Sim	-	49,00
730	Tratamento endodôntico em decíduos	Não	Sim	-	175,00
740	Exodontia de decíduos	Não	Sim	-	42,00
750	Mantenedor de espaço (fixo ou removível)	Sim	-	Sim	141,00
760	Placa de mordida miorrelaxante rígida	Sim	-	Sim	233,00
770	Plano inclinado	Sim	-	Sim	159,00
780	Condicionamento em odontopediatria-por sessão, máximo 2 sessões	Não	Sim	-	54,00
800	Ulectomia	Sim	-	Sim	71,00
850	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro	Sim	-	Sim	78,00
891	Arco lingual de Nance	Sim	-	Sim	267,00
893	Placa lábio-ativa	Sim	-	Sim	235,00
894	Quadri-hélice	Sim	-	Sim	333,00
895	Placa de Hawley e aparelhos para pequenos movimentos	Sim	-	Sim	259,00
896	Grade palatina fixa	Sim	-	Sim	267,00
897	Grade palatina móvel	Sim	-	Sim	161,00
898	Manutenção do tratamento ortodôntico preventivo e interceptativo (máximo 10 sessões)	Não	Sim	-	153,00
910	Restauração de amálgama - 1 face	Sim	-	Sim	49,00
920	Restauração de amálgama - 2 faces	Sim	-	Sim	58,00
930	Restauração de amálgama - 3 faces	Sim	-	Sim	66,00
940	Restauração de amálgama - 4 faces	Sim	-	Sim	87,00
950	Restauração de amálgama pim	Sim	-	Sim	95,00
960	Restauração resina fotopolimerizável classe I, V e VI	Sim	-	Sim	57,00
970	Restauração resina fotopolimerizável classe III - dentes anteriores	Sim	-	Sim	61,00
980	Restauração resina fotopolimerizável classe IV e II	Sim	-	Sim	85,00
990	Faceta em resina	Sim	-	Sim	130,00

DENTÍSTICA					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
910	Restauração de amálgama - 1 face	Sim	-	Sim	49,00
920	Restauração de amálgama - 2 faces	Sim	-	Sim	58,00
930	Restauração de amálgama - 3 faces	Sim	-	Sim	66,00
940	Restauração de amálgama - 4 faces	Sim	-	Sim	87,00
950	Restauração de amálgama pim	Sim	-	Sim	95,00
960	Restauração resina fotopolimerizável classe I, V e VI	Sim	-	Sim	57,00
970	Restauração resina fotopolimerizável classe III - dentes anteriores	Sim	-	Sim	61,00
980	Restauração resina fotopolimerizável classe IV e II	Sim	-	Sim	85,00
990	Faceta em resina	Sim	-	Sim	130,00
1030	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro	Sim	-	Sim	78,00
1040	Núcleo de preenchimento em resina	Sim	-	Sim	61,00
1050	Núcleo de preenchimento em amálgama	Sim	-	Sim	61,00
1060	Desgaste seletivo - 4 hemiarcadas	Sim	-	Sim	45,00
1070	Pinos de retenção - excluindo a restauração	Sim	-	Sim	10,00
1080	Microabrasão do esmalte- por elemento	Sim	-	Sim	102,00
1090	Clareamento caseiro (por arcada) - carência de 2 anos para repetição	Sim	-	Sim	316,00
1100	Aplicação de selante - por elemento	Sim	-	Sim	34,00
1110	Aplicação de selante (técnica invasiva) - por elemento	Sim	-	Sim	41,00
1130	Remineralização (fluorterapia) - 4 hemiarcadas, por sessão, máximo 4 sessões	Não	Sim	-	29,00
1140	Adequação do meio bucal com ionômero de vidro/IRM (por hemiarcada)	Sim	-	Sim	81,00
1150	Restauração a ionômero de vidro (1 face)	Sim	-	Sim	71,00
1160	Restauração provisória (urgência)	Não	Sim	-	49,00
760	Placa de mordida miorrelaxante rígida	Sim	-	Sim	233,00
11101	Restauração Inlay e Onlay de porcelana	Sim	-	Sim	568,00
4030	Ajuste Oclusal protético - por sessão	Sim	-	Sim	63,00
4040	Restauração Metálica Fundida	Sim	-	Sim	230,00

ENDODONTIA					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
2010	Tratamento Endodôntico de Incisivo/Canino	Não	Sim	-	151,00
2020	Tratamento Endodôntico de Pré-Molar	Não	Sim	-	210,00
2030	Tratamento Endodôntico de Molar	Não	Sim	-	316,00

ENDODONTIA					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
2050	Retratamento Endodôntico de Incisivo/Canino	Não	Sim	-	186,00
2060	Retratamento Endodôntico de Pré-Molar	Não	Sim	-	255,00
2070	Retratamento Endodôntico de Molar	Não	Sim	-	427,00
2090	Tratamento de perfuração	Não	Sim	-	97,00
2100	Remoção de Núcleo Intrarradicular - por elemento	Sim	Sim	-	90,00
2110	Capeamento pulpar (excluindo restauração final)	Não	Sim	-	70,00
2120	Pulpotomia	Não	Sim	-	71,00
2130	Clareamento interno ou Recromia (para dente despolpado)	Sim	-	Sim	135,00
2140	Preparo para núcleo intrarradicular	Sim	-	Sim	45,00
2150	Tratamento de dentes com rizogênese incompleta - por sessão	Não	-	Sim	54,00
2160	Urgência endodôntica (independente da seqüência do tratamento)	Não	Sim	-	80,00
2170	Troca de curativo, irrigação, aspiração e medicação intracanal (até dois para o mesmo dente)	Não	Sim	-	39,00
2171	Restauração provisória de urgência	Não	Sim	-	49,00
2172	Coroa Provisória (imediata)	Não	-	Sim	87,00
2173	Remoção de corpo estranho intracanal	Sim	Sim	-	51,00
2174	Remoção de restauração metálica e coroas	Não	-	Sim	41,00
2175	Drenagem intra-oral de abscesso	Sim	-	Sim	116,00
2176	Cirurgia para remoção de cisto	Sim	-	Sim	142,00
2177	Sutura intrabucal quando acompanhada de outra cirurgia	Não	Sim	-	95,00
2178	Curetagem apical (pode ser associada à apicetomia)	Sim	-	Sim	93,00
5110	Apicetomia de incisivo ou canino	Sim	-	Sim	146,00
5120	Apicetomia de incisivo ou canino com obturação retrógrada	Sim	-	Sim	162,00
5130	Apicetomia de pré-molar	Sim	-	Sim	177,00
5140	Apicetomia de pré-molar com obturação retrógrada	Sim	-	Sim	195,00
5150	Apicetomia de molar	Sim	-	Sim	211,00
5160	Apicetomia de molar com obturação retrógrada	Sim	-	Sim	229,00
5870	Remoção de sutura intrabucal	Não	Sim	-	19,00

Obs: Para os tratamentos endodônticos (códigos 2010, 2020, 2030, 2050, 2060, 2070, 2090, 2110, 2120, 2150, 2170) deverão ser encaminhados guias iniciais e/ou finais com suas respectivas radiografias. No caso da autorização prévia, as radiografias deverão ser anexadas à GSTO no Sistema TST-Saúde.

PERIODONTIA					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
3010	Tratamento não cirúrgico e ou reavaliação de periodontite por segmento (inclui orientação de higiene bucal, controle de placa bacteriana, raspagens, aplicação de flúor por segmento e manutenções de tratamentos anteriores)	Sim	-	Sim	71,00
3030	Tratamento de processo agudo - por elemento	Não	-	Sim	75,00
3040	Controle de placa bacteriana - por sessão, máximo 3 sessões	Não	-	Sim	29,00
3050	Dessensibilização dentária - por segmento	Sim	-	Sim	42,00
3060	Imobilização dentária com resina fotopolimerizável (3 dentes)	Sim	-	Sim	104,00
3070	Desgaste seletivo (quatro hemiarcadas)	Sim	-	Sim	45,00
3080	Remoção de fatores de retenção	Sim	-	Sim	64,00
3100	Proservação pré-cirúrgica (tratamento global)	Não	Sim	-	63,00
3110	Gengivectomia - por segmento	Sim	-	Sim	136,00
3120	Cirurgia retalho - por segmento	Sim	-	Sim	141,00
3140	Cunha distal	Sim	-	Sim	140,00
3141	Aumento de Coroa Clínica	Sim	-	Sim	159,00
3150	Extensão de vestíbulo - por segmento	Sim	-	Sim	141,00
3160	Enxerto pediculado - por elemento	Sim	-	Sim	140,00
3170	Enxerto livre - por elemento	Sim	-	Sim	176,00
3171	Enxerto Conjuntivo Epitelial - por elemento	Sim	-	Sim	171,00
3180	Frenectomia	Sim	-	Sim	117,00
3190	Bridectomia	Sim	-	Sim	117,00
3200	Odonto-secção - por elemento	Sim	Sim	-	141,00
3210	Amputação radicular sem obturação retrógrada - por raiz	Sim	Sim	-	141,00
3220	Amputação radicular com obturação retrógrada - por raiz	Sim	Sim	-	162,00
3230	Manutenção do tratamento cirúrgico (tratamento global)	Não	Sim	-	59,00
3231	Tratamento de Halitose	Sim	-	Sim	586,00
3232	Tratamento periodontal com uso de Barreira, enxerto de osso autógeno, materiais enxertantes e outros	Sim	-	Sim	432,00
33001	Tratamento Regenerativo com Enxerto de Osso Autógeno	Sim	-	Sim	310,00
33101	Tratamento Regenerativo com Materiais Enxertantes	Sim	-	Sim	463,00
760	Placa de mordida miorrelaxante rígida	Sim	-	Sim	233,00
4030	Ajuste Oclusal - por sessão, máximo 2 sessões	Sim	-	Sim	63,00
5870	Remoção de sutura intrabucal	Não	Sim	-	19,00

OBS: Para a autorização na perícia inicial, serão exigidos, obrigatoriamente, radiografias periapicais de todos os dentes e periograma atualizado.

PRÓTESE					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
4010	Planejamento em prótese (modelos de estudo - par, montagem em articulador semi-ajustável)	Sim	-	Sim	78,00
4020	Enceramento de diagnóstico por elemento	Sim	-	Sim	25,00
4030	Ajuste Oclusal protético por sessão	Sim	-	Sim	63,00
4040	Restauração metálica fundida	Sim	-	Sim	230,00
4060	Remoção de restaurações metálicas e coroas	Não	-	Sim	41,00
4070	Recolocação de restauração metálica fundida e coroas	Não	-	Sim	35,00
4080	Núcleo metálico fundido/Pilar para prótese aparafusada ou cimentada/Abutment do implante	Sim	-	Sim	159,00
4081	Núcleo rosqueável intra canal pré-fabricado	Sim	-	Sim	141,00
4082	Núcleo cerâmico	Sim	-	Sim	141,00
4090	Coroa provisória (imediata) com ou sem pino	Não	-	Sim	87,00
4100	Coroa provisória prensada em resina	Não	-	Sim	191,00
4110	Reembasamento e repreparo de coroa provisória	Não	-	Sim	30,00
4120	Coroa de jaqueta acrílica	Sim	-	Sim	215,00
4130	Coroa de jaqueta de cerâmica pura	Sim	-	Sim	625,00
4131	Coroa In Ceram	Sim	-	Sim	625,00
4140	Coroa metalo-cerâmica	Sim	-	Sim	563,00
4150	Coroa de Venner	Sim	-	Sim	380,00
4160	Coroa total metálica	Sim	-	Sim	255,00
4170	Coroa 3/4 ou 4/5	Sim	-	Sim	227,00
4180	Facetas laminadas de porcelana	Sim	-	Sim	542,00
4190	Prótese fixa por elemento, metalo-cerâmica	Sim	-	Sim	632,00
4200	Prótese fixa por elemento, metalo-plástica	Sim	-	Sim	484,00
4210	Prótese fixa adesiva direta	Sim	-	Sim	235,00
4220	Prótese fixa adesiva indireta metalo-cerâmica, 3 elementos	Sim	-	Sim	993,00
4230	Prótese fixa adesiva indireta metalo-plástica, 3 elementos	Sim	-	Sim	710,00
4231	Prótese fixa adesiva indireta metal free, 3 elementos	Sim	-	Sim	1.066,00
4240	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	Sim	-	Sim	523,00
4250	Prótese parcial removível com grampos bilateral	Sim	-	Sim	958,00
4260	Prótese parcial removível para encaixes	Sim	-	Sim	1.035,00
4270	Encaixe fêmea ou macho por elemento	Sim	-	Sim	479,00
4280	Reembasamento de prótese removível	Sim	-	Sim	157,00
4290	Prótese total	Sim	-	Sim	1.019,00
4300	Prótese total caracterizada	Sim	-	Sim	1.249,00

PRÓTESE					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
4310	Prótese total imediata	Sim	-	Sim	761,00
4320	Reembasamento de prótese total	Sim	-	Sim	164,00
4330	Casquete de moldagem - somente para coroa total	Sim	-	Sim	45,00
4340	Ponto de solda (para prótese fixa com 3 ou mais elementos)	Sim	-	Sim	92,00
4350	Guia cirúrgico para prótese imediata	Sim	-	Sim	141,00
4370	Jig de Lúcia ou Front - Platô	Sim	-	Sim	63,00
4380	Conserto em prótese total ou removível inclusive reparo e/ou substituição de elementos	Não	-	Sim	76,00
4381	Inlays e Onlays em cerômero	Sim	-	Sim	374,00
4382	Inlay e Onlay em Porcelana	Sim	-	Sim	686,00
760	Placa de mordida miorrelaxante rígida e/ou protetor bucal	Sim	-	Sim	233,00
5870	Remoção de sutura intrabucal	Não	Sim	-	19,00
41911	Prótese sobre implante (por elemento)	Sim	-	Sim	796,00
43111	Prótese total sobre implante	Sim	-	Sim	1.327,00

CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL (CIRURGIA ORAL MENOR AMBULATORIAL – REALIZADA EM CONSULTÓRIO)					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
2176	Cirurgia para remoção de cisto	Sim	-	Sim	142,00
2178	Curetagem apical (pode ser associada à apicetomia)	Sim	-	Sim	93,00
3180	Frenectomia	Sim	-	Sim	117,00
3190	Bridectomia	Sim	-	Sim	117,00
3200	Odonto-secção - por elemento	Sim	Sim	-	141,00
3210	Amputação radicular sem obturação retrógrada - por raiz	Sim	Sim	-	141,00
3220	Amputação radicular com obturação retrógrada - por raiz	Sim	Sim	-	162,00
3232	Tratamento periodontal com uso de Barreira, enxerto de osso autógeno, materiais enxertantes e outros	Sim	-	Sim	432,00
33001	Tratamento Regenerativo com Enxerto de Osso Autógeno	Sim	-	Sim	310,00
4350	Guia cirúrgico para prótese imediata	Sim	-	Sim	141,00
5040	Alveoloplastia (por segmento)	Sim	-	Sim	111,00
5061	Punção aspirativa com agulha fina/coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco maxilo-facial	Não	Sim	-	109,00
5070	Sulcoplastia por arcada	Sim	-	Sim	121,00
5080	Cirurgia para torus palatino	Sim	-	Sim	147,00
5090	Cirurgia para torus unilateral	Sim	-	Sim	106,00

CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL (CIRURGIA ORAL MENOR AMBULATORIAL – REALIZADA EM CONSULTÓRIO)					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
5100	Cirurgia para torus mandibular bilateral	Sim	-	Sim	181,00
5110	Apicetomia de incisivo ou canino	Sim	-	Sim	146,00
5120	Apicetomia de incisivo ou canino com obturação retrógrada	Sim	-	Sim	162,00
5130	Apicetomia de pré-molar	Sim	-	Sim	177,00
5140	Apicetomia de pré-molar com obturação retrógrada	Sim	-	Sim	195,00
5150	Apicetomia de molar	Sim	-	Sim	211,00
5160	Apicetomia de molar com obturação retrógrada	Sim	-	Sim	229,00
5170	Frenectomia labial superior	Sim	-	Sim	107,00
5180	Frenectomia lingual	Sim	-	Sim	107,00
5190	Correção de bridas musculares	Sim	-	Sim	117,00
5200	Remoção de dentes inclusos ou impactados	Sim	-	Sim	182,00
5210	Cirurgia de osteoma e odontoma	Sim	-	Sim	150,00
5220	Cirurgia de cisto de desenvolvimento	Sim	-	Sim	200,00
5230	Marzupialização de cisto	Sim	-	Sim	169,00
5240	Remoção de corpo estranho no seio maxilar	Sim	-	Sim	169,00
5260	Tratamento cirúrgico de fístula buco-sinusal ou buco-nasal com retalho	Sim	-	Sim	169,00
5270	Excisão de glândula sublingual	Sim	-	Sim	462,00
5280	Excisão de glândula submandibular	Sim	-	Sim	438,00
5290	Excisão de glândula parótida	Sim	-	Sim	739,00
5300	Excisão de rânula	Sim	-	Sim	127,00
5310	Excisão de tumor glândula salivar	Sim	-	Sim	462,00
5320	Retirada de cálculo salivar	Sim	-	Sim	189,00
5330	Plástica do canal de Stenon	Sim	-	Sim	442,00
5340	Excisão de Mucocele	Sim	-	Sim	127,00
5391	Redução não cirúrgica de luxação da ATM	Sim	-	Sim	199,00
5420	Excisão de sutura de lesão da boca com rotação de retalho	Sim	-	Sim	302,00
5430	Suturas Simples de face	Sim	-	Sim	90,00
5440	Suturas múltiplas de face	Sim	-	Sim	136,00
5450	Incisão de drenagem de abscesso	Sim	-	Sim	61,00
5550	Reconstrução de sulco gengivo-labial	Sim	-	Sim	187,00
5560	Excisão em cunha de lábio e sutura	Sim	-	Sim	150,00
5660	Fraturas alvéolo-dentárias - redução cruenta	Sim	-	Sim	163,00
5670	Fraturas alvéolo-dentárias - redução incruenta	Sim	-	Sim	90,00
5680	Reimplante de dente por elemento	Não	-	Sim	146,00

CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL (CIRURGIA ORAL MENOR AMBULATORIAL – REALIZADA EM CONSULTÓRIO)					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
5800	Retirada de fios intra ou trans-ósseos	Sim	-	Sim	56,00
5810	Retirada de bloqueio maxilo-mandibular	Sim	-	Sim	51,00
5820	Retirada de ancoragem e cerclagens	Sim	-	Sim	51,00
5830	Ulectomia	Sim	-	Sim	71,00
5840	Cirurgia de Cisto	Sim	-	Sim	133,00
5841	Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila	Sim	-	Sim	200,00
5880	Colagem de dispositivo ortodôntico	Não	Sim	-	35,00
5890	Exposição cirúrgica de dente retido	Sim	-	Sim	140,00
5940	Remoção cirúrgica de implante (por pino)	Sim	-	Sim	134,00
5950	Remoção cirúrgica de grade periostal	Sim	-	Sim	381,00
5960	Curetagem apical (pode ser associada à apicetomia)	Sim	-	Sim	93,00
5970	Colocação de Barra de Erich (por arcada)	Sim	-	Sim	153,00
5980	Remoção de Barra de Erich (por arcada)	Sim	-	Sim	116,00
6000	Bloqueio maxilo-mandibular	Sim	-	Sim	58,00
6010	Preparo de enxerto ósseo autógeno	Sim	-	Sim	304,00
6020	Reconstrução de rebordo alveolar com enxerto ósseo autógeno por hemi-arco	Sim	-	Sim	304,00
6030	Cateterismo de glândula salivar	Sim	-	Sim	182,00
6040	Remoção de hiperplasia de cavidade bucal	Sim	-	Sim	247,00
53301	Sinusotomia	Sim	-	Sim	210,00
58302	Levantamento de seio maxilar (unilateral)	Sim	-	Sim	531,00
50601	Biópsia de lesão de boca	Sim	Sim	-	332,00

CIRURGIA (PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM CONSULTÓRIO)					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
5010	Exodontia	Sim	Sim	-	71,00
5020	Exodontia + Retalho	Sim	Sim	-	85,00
5030	Exodontia raiz residual	Sim	Sim	-	71,00
5850	Planejamento pré-operatório	Sim	-	Sim	59,00
5900	Drenagem intra-oral de abscesso	Sim	-	Sim	116,00
5910	Remoção de dreno	Sim	-	Sim	19,00
5920	Tratamento de alveolite	Sim	-	Sim	51,00
5930	Tratamento de hemorragia	Sim	-	Sim	95,00

CIRURGIA (PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM CONSULTÓRIO)					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
50601	Biopsia de Lesão de Boca	Sim	Sim	-	332,00

ORTODONTIA					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
60101	Aparelho Ortodôntico Fixo Superior	Sim	-	Sim	464,00
60151	Aparelho Ortodôntico Fixo inferior	Sim	-	Sim	464,00
60301	Manutenção de aparelho ortodôntico (máximo 24 sessões)	Não	Sim	-	153,00
60401	Placa labial ativa	Sim	-	Sim	235,00
60501	Aparelho extra bucal	Sim	-	Sim	268,00
60601	Arco lingual	Sim	-	Sim	267,00
60701	Botão de Nance	Sim	-	Sim	244,00
60801	Barra Transpalatina Fixa	Sim	-	Sim	244,00
60901	Barra Transpalatina Removível	Sim	-	Sim	148,00
61001	Quadri-Hélice	Sim	-	Sim	333,00
61101	Grade Palatina Fixa	Sim	-	Sim	267,00
61201	Pendulum de Hilgers com mola de TMA	Sim	-	Sim	276,00
61301	Pendex de Hilgers com Mola de TMA	Sim	-	Sim	304,00
61401	Distalizador de Mola Tipo Jones JIG	Sim	-	Sim	273,00
61501	Herbst Encapsulado	Sim	-	Sim	411,00
61601	Máscara Facial – Delaire tração reversa (sem disjuntor)	Sim	-	Sim	227,00
61701	Mentoneira	Sim	-	Sim	123,00
61801	Disjuntor palatino Tipo Haas, Hyrax	Sim	-	Sim	280,00
61901	Disjunto palatino tipo McNamara, Faltin	Sim	-	Sim	240,00
62001	Frankel	Sim	-	Sim	316,00
62101	Bimler	Sim	-	Sim	316,00
62201	Planas	Sim	-	Sim	316,00
62301	Aparelho removível com alça de Bionator invertida	Sim	-	Sim	310,00
62401	Aparelho removível com alça de Escheler	Sim	-	Sim	316,00
62501	Bionator de Balters	Sim	-	Sim	310,00
62601	Placa Dupla de Sanders	Sim	-	Sim	310,00
62701	Aparelho de Thurow	Sim	-	Sim	287,00
62801	Placa de Hawley	Sim	-	Sim	259,00

ORTODONTIA					
Código	**Procedimento**	**Perícia Inicial**	**Perícia Final Não presencial**	**Perícia Final presencial**	**Valor**
62901	Placa de Hawley com torno expansor	Sim	-	Sim	259,00
63001	Grade Palatina removível	Sim	-	Sim	161,00
63101	Planejamento em Ortodontia	Não	Sim	-	241,00
64001	Avaliação e diagnóstico (Consulta de 1h30)	Não	Sim	-	120,00
64002	Tratamento 1 - Desordens Agudas (1)	Sim	-	Sim	924,00
64003	Tratamento 2 - Desordens Crônicas (1)	Sim	-	Sim	924,00
64004	Atenção à dor (2)	Sim	-	Sim	302,00
64005	Consulta de Controle (3)	Não	Sim	-	70,00
64006	Sessão de Laserterapia	Sim	-	Sim	70,32