

Tabela de Procedimentos Odontológicos

Vigência: Agosto de 2021

| Procedimento | Novo Código | Código Anterior | Valor | Descrição do procedimento | Regras | Documentação para solicitação |
|-------------------------------------|-------------|-----------------|------------|--|---|---|
| CIRURGIA | | | | | | |
| REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM | 40709035 | Não há | R\$ 115,95 | Redução não cirúrgica da luxação da ATM. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| BIÓPSIA DE LÁBIO | 30201012 | Não há | R\$ 123,50 | Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional especificando a região e justificando a necessidade de tratamento. |
| FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LABIAL | 30201063 | Não há | R\$ 121,98 | Cirurgia com corte do freio labial. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| FRENULECTOMIA LABIAL | 82000883 | 10.00.517-0 | R\$ 121,98 | Cirurgia com remoção parcial do freio labial. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| ALVEOLOPLASTIA | 82000034 | 10.00.504-0 | R\$ 126,52 | Correção plástica do processo alveolar. | Procedimento por quadrante. Não contempla a alveoloplastia realizada após a exodontia de um elemento dentário. Aplica-se em exodontias múltiplas de dentes contíguos na mesma hemiarcada. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO | 82000190 | 10.00.507-0 | R\$ 137,05 | Realização de incisão cirúrgica para refazer o sulco existente entre a mucosa interna do lábio e a gengiva, com a finalidade de aumentar a área chapeada para prótese. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| BIÓPSIA DE BOCA | 30202027 | Não há | R\$ 123,50 | Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento e a indicação do local da lesão. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|-------------|------------|---|---|---|
| BRIDECTOMIA | 82000298 | 10.00.507-5 | R\$ 132,53 | Cirurgia com remoção parcial da brida. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| BRIDOTOMIA | 82000301 | 10.00.507-5 | R\$ 132,53 | Cirurgia com corte da brida. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR | 82000352 | Não há | R\$ 139,13 | Remoção de exostose em maxila com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente. | Não se aplica ao Tórus Palatino. Para esse, utilizar o código (82000395). Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gera alguma dificuldade funcional ao paciente. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL | 82000387 | 10.00.509-0 | R\$ 120,48 | Remoção de exostose em mandíbula com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente. | Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gera alguma dificuldade funcional ao paciente. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL | 82000360 | 10.00.510-0 | R\$ 204,82 | Remoção de exostose em mandíbula com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente. | Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gera alguma dificuldade funcional ao paciente. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CIRURGIA PARA TORUS PALATINO | 82000395 | 10.00.508-0 | R\$ 167,18 | Remoção de exostose em palato com finalidade pré-protética ou quando há algum impacto funcional para o paciente. | Cobertura quando há necessidade de reabilitação protética ou quando a exostose gera alguma dificuldade funcional ao paciente. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|----------------------------|------------|--|--|--|
| CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82000468 | Não há | R\$ 63,70 | Controle de hemorragia com uso de agente hemostático. Não inclui o controle hemostático padrão pós-cirurgia. | Somente para casos de sangramento exacerbado e de difícil controle. Não inclui a hemostasia pós-procedimento cirúrgico sem intercorrências. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82000484 | não há | R\$ 63,70 | Controle de hemorragia. Não inclui o controle hemostático padrão pós-cirurgia. | Somente para casos de sangramento exacerbado e de difícil controle. Não inclui a hemostasia pós-procedimento cirúrgico sem intercorrências. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82001022 | não há | R\$ 86,96 | Incisão extraoral, irrigação e colocação de dreno em casos de abscessos ou hematoma | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento e especificando a área acometida. |
| INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82001030 | 10.00.504-5 20.00.504-5 | R\$ 69,28 | Incisão intraoral, irrigação e colocação de dreno em casos de abscessos ou hematoma | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento e especificando a área acometida. |
| EXODONTIA A RETALHO | 82000816 | 10.00.603-5 | R\$ 114,08 | Exodontia quando há necessidade de retalho. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL | 82000859 | não há | R\$ 114,08 | Exodontia de raiz residual. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO | 83000089 | 30.00.073-0 | R\$ 48,20 | Exodontia simples de dentes decíduos, sem necessidade de retalho. | Só é permitida a utilização de 1 código por dente para toda a vida. | Não. |
| EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE | 82000875 | 10.00.501-0 | R\$ 81,32 | Exodontia simples de dentes permanentes, sem necessidade de retalho. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|-------------|------------|---|---|--|
| RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL | 30201080 | Não há | R\$ 395,00 | Reconstrução do sulco gengivo-labial quando há perda da anatomia na região. Não contempla a cirurgia pré-protética para aumento de área chapeável. Para este caso, utilizar o código 82000190 (aumento de vestíbulo). | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS | 82001286 | 10.00.502-5 | R\$ 206,33 | Exodontia de dentes que não conseguiram erupcionar. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS (INCLUI EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES) | 82001294 | 10.00.501-5 | R\$ 165,67 | Exodontia de dentes com erupção incompleta. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL | 82001308 | Não há | R\$ 23,00 | Remoção do dreno colocado nos procedimentos de incisão e drenagem. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver. |
| REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL | 82001316 | Não há | R\$ 23,00 | Remoção do dreno colocado nos procedimentos de incisão e drenagem. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver. |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL | 82001510 | 40.00.603-5 | R\$ 179,66 | Tratamento cirúrgico da comunicação da boca com a cavidade nasal, quando for realizado em consultório odontológico. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver. |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL | 82001529 | 40.00.603-5 | R\$ 179,66 | Tratamento cirúrgico da comunicação da boca com o seio maxilar, quando for realizado em consultório odontológico. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver. |
| EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82000743 | Não há | R\$ 166,68 | Remoção de lesão (lipoma). | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade. |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) | 82001553 | 40.00.604-5 | R\$ 159,86 | Remoção de tecido hiperplásico. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade.. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|----------------------------|------------|---|--|---|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82001618 | 40.00.604-5 | R\$ 159,86 | Remoção de tumor de tecido mole. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade. |
| TRATAMENTO DE ALVEOLITE | 82001650 | 10.00.503-5 | R\$ 57,22 | Tratamento de alveolite. | Aplica-se somente em caráter de urgência e quando o atendimento for feito por um profissional que não executou o procedimento cirúrgico anterior. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade. |
| ULECTOMIA | 82001707 | 10.00.505-0 30.00.505-0 | R\$ 60,24 | Remoção de um processo hipertrófico mucogengival que normalmente envolve dentes não erupcionados. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade. |
| ULOTOMIA | 82001715 | 10.00.505-0 30.00.505-0 | R\$ 60,24 | Incisão no capuz mucoso para erupção do dente permanente. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade. |
| BIÓPSIA DE LÍNGUA | 30203031 | 30.00.506-0 | R\$ 123,50 | Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LINGUAL | 30203015 | 10.00.517-0 | R\$ 121,98 | Realização de incisão da hipertrofia do tecido fibromucoso do freio lingual. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| FRENULECTOMIA LINGUAL | 82000891 | 10.00.517-0 | R\$ 121,98 | Ressecção cirúrgica da hipertrofia do tecido fibromucoso presente na base da língua. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR | 30204011 | 10.00.601-0 | R\$ 116,00 | Cirurgia para biópsia incisional e excisional. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CÁLCULO SALIVAR | 82000778 | não há | R\$ 141,32 | Remoção cirúrgica de cálculo salivar. Inclui a plastia do ducto salivar. | Inclui a plastia do ducto salivar Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|-------------|------------|--|--|---|
| EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE | 82000794 | 10.00.530-0 | R\$ 143,08 | Remoção cirúrgica de lesão tumoral dos tecidos moles (principalmente lábios) que se desenvolvem nas glândulas salivares da mucosa bucal. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA | 82000808 | Não há | R\$ 360,00 | Remoção cirúrgica de cisto de retenção no assoalho da boca associado aos ductos salivares da glândula submandibular ou sublingual. | Inclui a plastia do ducto salivar. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82001499 | 10.00.608-5 | R\$ 96,20 | Sutura de ferida. | Necessidade de envio de documentação. (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| BIÓPSIA DE MANDÍBULA | 30211018 | 10.00.602-0 | R\$ 116,00 | Cirurgia para biópsia incisional e excisional de lesões intraósseas na mandíbula. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| BIÓPSIA DE MAXILA | 82000280 | 10.00.602-0 | R\$ 116,00 | Cirurgia para biópsia incisional e excisional de lesões intraósseas na maxila. Refere-se apenas ao ato cirúrgico, não inclui a análise histológica. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO | 82001634 | 40.00.601-5 | R\$ 179,66 | Cirurgia para remoção de tumores odontogênicos benignos. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| REMOÇÃO DE ODONTOMA | 82001367 | não há | R\$ 179,66 | Cirurgia para remoção de odontoma. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO- MAXILO-FACIAL | 82001588 | 40.00.602-5 | R\$ 213,60 | Cirurgia para remoção de hiperplasias ósseas e cartilaginosas. Não contempla tórus mandibular e palatino, que possuem códigos específicos. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Não contempla tórus mandibular e palatino, que possuem códigos específicos. | Radiografia e laudo do profissional justificando a necessidade. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|--|----------|-------------|------------|---|---|---|
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82001596 | 40.00.602-5 | R\$ 213,60 | Cirurgia para remoção de tumores odontogênicos benignos. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia e laudo do profissional justificando a necessidade. |
| EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA | 82000786 | 10.00.604-0 | R\$ 179,66 | Cirurgia para remoção de pequenos cistos da mandíbula. Não se aplica para cistos radiculares removidos no momento da exodontia. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Não se aplica para cistos radiculares removidos no momento da exodontia. | Radiografia e laudo do profissional justificando a necessidade. |

CLÍNICA GERAL

| | | | | | | |
|--|----------|----------------------------|-----------|---|---|---|
| AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO | 85400017 | 10.00.103-0 | R\$ 70,79 | Ajuste dos contatos oclusais por acréscimo de material restaurador. | Máximo de 3 sessões. Código contempla a boca inteira. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO | 85400025 | 10.00.103-0 | R\$ 70,79 | Ajuste dos contatos oclusais por desgaste. Não inclui ajuste oclusal realizado após as restaurações diretas e indiretas, esse ajuste já está incluso no próprio procedimento. | Não inclui ajuste oclusal realizado após as restaurações diretas e indiretas, salvo para as indiretas a partir de quatro elementos. Máximo de 2 sessões. Código contempla a boca inteira. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CAPEAMENTO PULPAR DIRETO - EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL | 85100013 | 10.00.209-0 30.00.209-0 | R\$ 79,82 | Aplicação de medicação diretamente sobre a polpa exposta, na tentativa de preservação da vitalidade dentária. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS | 85100048 | 10.00.098-5 | R\$ 61,76 | Colagem do fragmento do dente fraturado. | Para dentes anteriores. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|-------------|-------------|------------|--|---|---|
| FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL | 85100064 | 10.00.099-0 | R\$ 147,03 | Resina na face vestibular de dentes anteriores, já abrange as faces proximais quando necessário. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Procedimentos exclusivamente estéticos não serão autorizados. | Radiografia e Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| GENGIVECTOMIA UNITÁRIA | 10.00.312-5 | 10.00.312-5 | R\$ 27,10 | Gengivectomia unitária para casos de adaptação do grampo ou para realização de restauração. | Para gengivectomias pontuais (adaptação de grampo ou realização de restauração). Para cirurgias mais extensas, utilizar o código de gengivoplastia. | Não. |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 1 FACE | 85100099 | 10.00.091-0 | R\$ 55,73 | Restauração direta em amálgama, quando envolver apenas 1 face do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 2 FACES | 85100102 | 10.00.092-0 | R\$ 66,26 | Restauração direta em amálgama, quando envolver 2 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 3 FACES | 85100110 | 10.00.093-0 | R\$ 75,30 | Restauração direta em amálgama, quando envolver 3 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 4 FACES | 85100129 | 10.00.094-0 | R\$ 97,90 | Restauração direta em amálgama, quando envolver 4 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 1 FACE | 85100137 | 10.00.069-0 | R\$ 81,13 | Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver apenas 1 face do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|---|------------|--|---|--------------|
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 2 FACES | 85100145 | 10.00.069-0 | R\$ 81,13 | Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver 2 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 3 FACES | 85100153 | 10.00.069-0 | R\$ 81,13 | Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver 3 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 4 FACES | 85100161 | 10.00.069-0 | R\$ 81,13 | Restauração direta em ionômero de vidro, quando envolver 4 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE | 85100196 | 10.00.096-0 | R\$ 71,31 | Restauração direta em resina, quando envolver apenas 1 face do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 85100200 | 10.00.096-5 10.00.097-0 | R\$ 96,37 | Restauração direta em resina, quando envolver 2 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 85100218 | 10.00.096-5 10.00.097-0 10.00.098-0 | R\$ 108,85 | Restauração direta em resina, quando envolver 3 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES | 85100226 | 10.00.096-5 10.00.097-0 10.00.098-0 | R\$ 119,28 | Restauração direta em resina, quando envolver 4 faces do dente. | O procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente e face após 24 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|--|-------------|----------------------------|-----------|---|---|---|
| RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE | 85200085 | 10.00.109-0 30.00.109-0 | R\$ 55,73 | Curativo dentário temporário. | Utilizar apenas 1 código por dente, independente do número de faces envolvidas. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA | 10.00.506-5 | 10.00.506-5 | R\$ 76,05 | Orientação e prescrição medicamentosa para casos de dor aguda. Não pode ser utilizado concomitante a outros códigos de tratamentos agudos. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver. |
| LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE | 30202159 | não há | R\$ 66,00 | Aplicação de laser de baixa intensidade em consultório odontológico para tratamento e prevenção de mucosite oral, em pacientes com diagnóstico e tratamento de câncer. | Código contempla a boca inteira. Cobertura apenas para mucosite oral em pacientes em tratamento para câncer. Código deve ser utilizado para boca inteira por sessão. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). O dentista deve possuir habilitação em laserterapia. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. Laudo médico com diagnóstico de câncer. Habilitação em laserterapia do profissional executante. |
| FALTA | 10.00.014-0 | 10.00.014-0 | R\$ 61,76 | Justifica-se a cobrança desse código quando o paciente não avisa ao profissional com antecedência mínima de 24 horas do horário agendado. A falta deverá ser atestada pelo beneficiário, através da assinatura da guia. | A guia deve ser assinada pelo beneficiário para faturamento. | Não. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| DIAGNÓSTICO E PLANO DE TRATAMENTO | | | | | | |
|--|----------|---|-----------|--|---|---|
| COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82000441 | Não há | R\$ 48,26 | Raspado para exame de diagnóstico. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 82001103 | não há | R\$ 97,11 | Punção para exame de diagnóstico. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| TESTE DE PH SALIVAR (ACIDEZ SALIVAR) | 84000252 | 10.00.055-5 | R\$ 42,04 | Medição do pH da saliva. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| TESTE DE FLUXO SALIVAR | 41401654 | 10.00.052-5 | R\$ 43,11 | Medição do volume salivar por tempo. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA | 81000030 | 20.00.010-0 30.00.010-0 40.00.010-0 | R\$ 30,13 | Consulta para avaliação dos especialistas e para avaliações pontuais entre as consultas odontológicas iniciais. | Máximo de 1 consulta por profissional a cada 60 dias. Só pode ser utilizado pelo mesmo profissional, no mínimo, 60 dias após a consulta odontológica inicial (81000065). | Não. |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL | 81000065 | 10.00.011-0 | R\$ 61,76 | Consulta odontológica com anamnese e exame físico completo e definição do plano de tratamento. | Máximo de 1 consulta por clínica odontológica a cada 6 meses. Só pode ser utilizado pelo mesmo profissional, no mínimo, 60 dias após a consulta odontológica (81000030). | Não. |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA | 81000049 | 10.00.012-0 | R\$ 90,38 | Consulta odontológica quando há motivo odontológico que impeça o beneficiário de esperar o agendamento. Por exemplo: Pulpite, Abscesso dentário, Fratura dentária... | Necessita de envio de informações para perícia final, conforme coluna ao lado. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a urgência. |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA | 81000073 | Não há | R\$ 90,38 | Consulta para análise técnica realizada por dentista auditor. | Consulta em caso de necessidade de parecer técnico especializado para suporte dos auditores. | Não. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| ENDODONTIA | | | | | | |
|--|----------|-------------|------------|---|--|--|
| APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000077 | 20.00.514-0 | R\$ 221,39 | Remoção do ápice de dentes com lesão e obturação. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000085 | 20.00.513-0 | R\$ 201,82 | Remoção do ápice de dentes com lesão. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000158 | 20.00.516-0 | R\$ 260,54 | Remoção do ápice de dentes com lesão e obturação. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000166 | 20.00.515-0 | R\$ 239,45 | Remoção do ápice de dentes com lesão. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000174 | 20.00.512-0 | R\$ 183,73 | Remoção do ápice de dentes com lesão e obturação. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000182 | 20.00.511-0 | R\$ 165,67 | Remoção do ápice de dentes com lesão. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| PULPOTOMIA | 85200042 | 10.00.210-0 | R\$ 81,32 | Remoção da polpa coronária. | Não pode ser utilizado junto com pulpectomia. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL | 85200050 | 20.00.208-5 | R\$ 72,25 | Retirada de corpo estranho da cavidade intrarradicular, com finalidade endodôntica ou protética | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRACANAL | 85200077 | 20.00.208-0 | R\$ 102,41 | Remoção de núcleo intracanal para retratamento endodôntico ou protético. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia |
| RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES | 85200093 | 20.00.205-0 | R\$ 289,15 | Retratamento do canal de dentes permanentes com duas raízes. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES | 85200107 | 20.00.206-0 | R\$ 484,94 | Retratamento do canal de dentes permanentes com mais de duas raízes. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|--|----------|-------------|------------|---|--|---|
| RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES | 85200115 | 20.00.204-0 | R\$ 210,84 | Retratamento do canal de dentes permanentes com uma raiz. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO (RADICULAR/CÂMARA PULPAR) | 85200123 | 20.00.209-5 | R\$ 109,94 | Tratamento de perfuração de raiz ou câmara pulpar. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES | 85200140 | 20.00.202-0 | R\$ 237,96 | Tratamento endodôntico em dentes permanentes com duas raízes. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES | 85200158 | 20.00.203-0 | R\$ 358,42 | Tratamento endodôntico em dentes permanentes com mais de duas raízes. Inclui os molares inferiores com 3 canais. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES | 85200166 | 20.00.201-0 | R\$ 171,69 | Tratamento endodôntico em dentes permanentes com uma raiz. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |
| PULPECTOMIA - SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA | 85200034 | 10.00.214-0 | R\$ 42,17 | Remoção da polpa radicular nos casos de atendimento de urgência. Não aplicável para pulpectomia realizada durante o tratamento endodôntico planejado. | Não pode ser utilizado junto com pulpotomia. Para casos de necessidade de pulpectomia de urgência. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia e Laudo do profissional justificando a necessidade. |

ODONTOPEDIATRIA

| | | | | | | |
|--|----------|----------------------------|-----------|---|---|--|
| CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA | 81000014 | 30.00.077-0 | R\$ 61,76 | Manejo comportamental para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo. | Máximo de 2 sessões a cada 6 meses por beneficiário. | Não. |
| ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA | 82000700 | Não há | R\$ 42,03 | Contenção física para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo. | Máximo de 1 sessão por consulta. Casos que necessitem de maior número, justificar no relatório. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a urgência. |
| PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO | 83000127 | 10.00.210-0 30.00.210-0 | R\$ 81,32 | Remoção da polpa coronária em dente decíduo. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|----------------------------|------------|--|---|---|
| REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO, AÇO OU POLICARBONATO | 87000040 | 30.00.600-5 | R\$ 94,78 | Aplicável para: a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo. | Aplicável para: a. dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA | 85200131 | 20.00.213-0 | R\$ 61,76 | Apicificação por intermédio de técnicas com materiais endodônticos indicados. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) 1 código por sessão. A cada 3 sessões, enviar atualização radiográfica. | Radiografia inicial e final. |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO | 83000151 | 30.00.072-0 30.00.072-5 | R\$ 198,81 | Tratamento de canal em dentes decíduos. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia inicial e final. |

PERIODONTIA

| | | | | | | |
|--|----------|-------------|------------|---|--|---|
| DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA | 85300012 | 40.00.054-0 | R\$ 48,16 | Aplicação de produto dessensibilizante em consultório. | Aplicação de dessensibilizante em consultório por sextante. Só pode ser utilizado 1 vez a cada 6 meses por sextante. | Não. |
| AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000050 | Não há | R\$ 247,00 | Amputação da raiz e obturação. | Necessidade de envio de documentação via sistema (ver coluna seguinte) | Radiografia inicial e final. |
| AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 82000069 | Não há | R\$ 196,00 | Amputação da raiz sem obturação. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Radiografia inicial e final. |
| AUMENTO DE COROA CLÍNICA | 82000212 | 40.00.328-0 | R\$ 159,64 | Remoção de gengiva e de osso que envolvem a coroa dentária para realização de restaurações com término subgengival. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Um código por dente. Não utilizar junto do código 82000557 (Cunha Proximal). | Radiografia. |
| CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO | 82000417 | 40.00.313-0 | R\$ 159,64 | Para a redução de bolsas infra-ósseas profundas por meio de retalho mucoperiosteal, debridamento da superfície radicular e correção das cristas ósseas. | Já inclui a raspagem. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|----------------------------|------------|--|---|---|
| CUNHA PROXIMAL | 82000557 | 40.00.314-0 40.00.315-0 | R\$ 158,13 | Cirurgia periodontal. Inclui cunha distal. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Máximo de 1 código por dente. Não utilizar junto do código 82000212 (Aumento de coroa). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| ENXERTO GENGIVAL LIVRE | 82000662 | 40.00.301-5 | R\$ 189,72 | Cirurgia para aumentar a faixa de mucosa queratinizada com tecido retirado de outra área da boca. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Um código por dente. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| ENXERTO PEDICULADO | 82000689 | 40.00.302-0 | R\$ 150,10 | Recobrimento radicular de áreas de retração gengival com tecido oriundo de região adjacente e que se mantém ligado ao sítio de origem. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Um código por dente. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| GENGIVECTOMIA | 82000921 | 40.00.312-0 | R\$ 155,12 | Gengivectomia por sextante. | Cirurgia para remoção do excesso gengival por sextante. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Não pode ser realizada junto com código de Gengivoplastia (82000948). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| GENGIVOPLASTIA | 82000948 | não há | R\$ 155,12 | Gengivoplastia por sextante. | Cirurgia para remoção do excesso gengival por sextante. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) Não pode ser realizada junto com código de Gengivectomia (82000921). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES | 85300020 | 40.00.307-0 | R\$ 117,48 | Imobilização dentária de dentes permanentes, inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes. | Inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|-------------|------------|---|--|--|
| ODONTOSSECÇÃO | 82001073 | 40.00.321-0 | R\$ 159,64 | Odontossecção para tratamento e manutenção de dentes multirradiculares com comprometimento periodontal. | Inclui procedimentos periodontais para a manutenção da parte sadia Não se aplica a odontossecção realizada durante o procedimento de exodontia, pois esta já está contemplada no código principal. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RASPAGEM SUB-GENGIVAL E ALISAMENTO RADICULAR/CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL | 85300039 | 40.00.301-0 | R\$ 54,21 | Raspagem subgingival para pacientes com comprometimento periodontal (IPC 3 ou 4). | Máximo de 1 código por sextante (máximo de 6 códigos) a cada 4 meses para cada paciente. Situações especiais que necessitem de mais sessões enviar relatório para cldfsau@odontologia@cl.df.gov.br máximo de 1 código a cada 6 meses para todas as especialidades, exceto periodontia. | Não. |
| RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO | 85300047 | 10.00.051-0 | R\$ 60,24 | Raspagem de tártaro supra-gengival e polimento coronário. O código abrange boca inteira. | Periodontia: Máximo 1 código a cada 4 meses. Não pode ser utilizado junto com o código PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO (84000109) | Não. |
| TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL | 85300063 | 40.00.325-5 | R\$ 83,65 | Tratamento de processo agudo periodontal. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver. |
| TUNELIZAÇÃO | 82001685 | 40.00.302-5 | R\$ 189,72 | Procedimento ressectivo para remoção de defeitos inter-radiculares em dentes com lesões de furca. | Aplica-se para dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca Grau II avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| PREVENÇÃO E CARIOLOGIA | | | | | | |
|--|----------|---|-----------|---|--|------|
| ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL | 84000139 | 10.00.052-0 | R\$ 36,14 | Instruções ao paciente para controle e prevenção de alterações bucais. | Todas as especialidades (exceto periodontia): Máximo de 1 código para cada beneficiário a cada 6 meses Periodontia: Máximo de 2 códigos para cada beneficiários a cada 4 meses. | Não. |
| ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS | 87000016 | Não há | R\$ 36,14 | Instruções aos responsáveis e cuidadores para controle e prevenção de alterações bucais. | Máximo de duas sessões por ano para cada beneficiário. | Não. |
| CONTROLE DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA) POR ARCADA | 30101123 | 10.00.055-0 30.00.055-0 40.00.055-0 | R\$ 81,32 | Ações para controle da placa bacteriana. | Todas as especialidades (exceto periodontia): Máximo de 2 códigos (arcada superior e inferior) a cada 6 meses Periodontia: Máximo de 4 códigos (2 arcada superior e 2 inferior) a cada 4 meses. Máximo de 1 código a cada 6 meses para todas as especialidades, exceto periodontia. | Não. |
| RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO | 85300047 | 10.00.051-0 | R\$ 60,24 | Raspagem de tártaro supra-gengival e polimento coronário. O código abrange boca inteira. | Periodontia: Máximo 1 código a cada 4 meses. Não pode ser utilizado junto com o código PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO (84000198) | Não. |
| PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO | 84000198 | não há | R\$ 20,08 | Polimento coronário das duas arcadas com pasta profilática ou jato de bicarbonato . Não pode ser utilizado junto com raspagem supragengival | Máximo de 1 código a cada 6 meses. Para ser utilizado quando não há necessidade de raspagem, apenas de polimento. Não pode ser utilizado junto com o código RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO (85300039). | Não. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|-------------|-----------|---|--|---|
| APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO | 84000031 | 30.00.054-5 | R\$ 52,71 | Tratamento provisório em dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme indicação do cirurgião-dentista. | Máximo de duas aplicações por ano. Contempla a boca inteira. | Não. |
| APLICAÇÃO DE SELANTE | 84000074 | 10.00.062-0 | R\$ 37,67 | Procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes; Procedimento preventivo em fóssulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes. | Máximo de uma aplicação a cada 12 meses em pacientes até 14 anos e em dentes sem restauração oclusal. | Não. |
| APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR | 84000090 | 10.00.053-0 | R\$ 33,13 | Aplicação de flúor em gel em todos os dentes. | Todas as especialidades (exceto periodontia): Máximo de 1 código a cada 6 meses Periodontia: Máximo 1 código a cada 4 meses. Código contempla as duas arcadas. | Não. |
| APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO | 84000112 | Não há | R\$ 12,95 | Aplicação de flúor em verniz por dente | Máximo de 1 código por dente a cada 6 meses. | Não. |
| REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA | 84000201 | 10.00.053-5 | R\$ 32,97 | Remineralização dentária com flúor para dentes com cárie inicial. Aplicável para casos de manchas brancas (cárie inicial) generalizadas. | Só é liberado em casos de manchas generalizadas. No máximo 4 sessões a cada 12 meses. Código contempla a boca inteira. | Não. |
| ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL | 85100242 | 10.00.068-0 | R\$ 91,87 | Remoção e restauração com material provisório de lesões de cárie generalizadas, objetivando estacionar o processo carioso e eliminar sítios de retenção e cavidades múltiplas não restauradas. | Procedimento por hemiarcada. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|-------------|-----------|--|--|--|
| REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA) | 85300055 | 10.00.065-0 | R\$ 72,25 | Remoção de excessos marginais com manutenção das restaurações. Não se aplica a remoção de tártaro. | Não se aplica para remoção de tártaro. Para isso, utilizar código de raspagem. Procedimento abrange um quadrante. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver. |
| TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO | 83000135 | 10.00.609-0 | R\$ 76,39 | Remoção parcial da dentina atingida pela cárie e selamento da cavidade com cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade. Tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos; tratamento temporário em dentes permanentes | Tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos; tratamento temporário em dentes permanentes 1 código por dente, independente do número de faces. Máximo de 1 dente por hemiacada. Para casos de mais de 1 dente por hemiacada, utilizar o código de adequação do meio bucal (85100242). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com parecer do profissional justificando a necessidade e radiografia, se houver. |

PRÓTESE

| | | | | | | |
|--|----------|-------------|-----------|--|---|--|
| COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM OU SEM PINO/PROVISÓRIO PARA PREPARO DE RESTAURÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) | 85400076 | 10.00.603-0 | R\$ 91,96 | Coroa provisória em resina. | Tratamento provisório anterior as restaurações indiretas. | Não. |
| REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA | 85400475 | não há | R\$ 45,00 | Ajuste da restauração provisória. | Ajuste da restauração provisória. Máximo de 1 vez por dente, por ano, salvo justificativa do profissional através de laudo. | Não. |
| NÚCLEO DE PREENCHIMENTO | 85400211 | 10.00.100-0 | R\$ 79,82 | Núcleo de preenchimento para dentes que receberão tratamento protético (não inclui a restauração) ou dentes tratados endodonticamente. | Somente para dentes que receberão tratamento protético (não inclui a restauração) ou dentes tratados endodonticamente. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|-------------|------------|---|---|------------------------------|
| REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA INCLUI A PEÇA PROTÉTICA | 85400114 | 10.00.605-0 | R\$ 599,82 | Restauração indireta de cerômero para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentista assistente. | <p>Necessidade de autorização prévia.</p> <p>Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.</p> <p>Necessidade de Laudo ou documentação a ser enviada via sistema (ver coluna seguinte).</p> <p>Quando não houver documentação disponível, a perícia presencial pode ser necessária.</p> | Radiografia. |
| REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA- INCLUI A PEÇA PROTÉTICA | 85400149 | 10.00.606-0 | R\$ 271,61 | Restauração indireta metálica para dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem por Restauração Metálica Fundida. | <p>Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.</p> <p>Necessidade de documentação (ver coluna seguinte).</p> <p>Quando não houver documentação disponível, a perícia presencial pode ser necessária.</p> | Radiografia. |
| REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO INCLUI A PEÇA PROTÉTICA | 85400220 | 10.00.607-0 | R\$ 169,76 | Núcleo metálico fundido intrarradicular para dentes que receberão restaurações indiretas e possuem ampla destruição coronária com tratamento endodôntico prévio. | <p>Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.</p> <p>Necessidade de documentação (ver coluna seguinte).</p> <p>Quando não houver documentação disponível, a perícia presencial pode ser necessária.</p> | Radiografia inicial e Final. |
| REABILITAÇÃO COM NÚCLEO PRÉ-FABRICADO - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA | 85400262 | 10.00.607-0 | R\$ 169,76 | Instalação de núcleo pré-fabricado (metal, fibra de vidro ou fibra de carbono) em dentes tratados endodonticamente que necessitem de maior retenção da restauração. | <p>Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses.</p> <p>Necessidade de documentação (ver coluna seguinte)</p> | Radiografia inicial e Final. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|--|----------|-------------|--------------|--|---|--|
| REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA - INCLUI A PEÇA PROTÉTICA | 85400556 | 10.00.608-0 | R\$ 246,14 | Restauração indireta para: a. dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto; b. dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas. | Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses. Necessidade de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| RECIMENTAÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO | 85400467 | 10.00.407-0 | R\$ 27,04 | Recimentação | Máximo de 3 código por dente a cada 6 meses. Não se aplica a cimentação final de uma prótese definitiva, pois já está incluída no código principal. | Não. |
| REMOÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO | 85400505 | 20.00.208-0 | R\$ 102,41 | Remoção de peça protética quando há necessidade de realização de novo tratamento endodôntico ou restaurador. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia. |
| PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL C/ ARMAÇÃO METÁLICA E GRAMPOS FUNDIDOS BILATERAL | 85400386 | 10.00.425-0 | R\$ 1.087,36 | Confecção, instalação e ajustes de prótese parcial removível. | O prazo pra repetição do código é de 36 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO | 85400394 | 10.00.425-5 | R\$ 530,33 | Prótese parcial provisória. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| PRÓTESE TOTAL | 85400408 | 10.00.429-0 | R\$ 1.156,64 | Confecção, instalação e ajustes de prótese total removível. | O prazo pra repetição do código é de 36 meses. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|-------------|------------|--|--|---|
| PRÓTESE TOTAL IMEDIATA | 85400416 | 10.00.429-5 | R\$ 771,27 | Confecção de prótese total para instalação logo após a remoção dos elementos dentários. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL (PRAZO INTERVALAR DE 1 ANO) | 85400491 | 10.00.432-0 | R\$ 186,75 | Reembasamento de prótese removível | O prazo pra repetição do código é de 12 meses. Não pode ser solicitado no momento da instalação de prótese removível, pois já está contemplado no código principal. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| CONCERTO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL OU PRÓTESE TOTAL - INCLUSIVE REPARO OU SUBSTITUIÇÃO DE DENTES | 85400050 | 10.00.438-0 | R\$ 85,84 | Concerto de prótese removível. | Não pode ser solicitado no momento da instalação de prótese removível, pois já está contemplado no código principal. | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| REABILITAÇÃO COM COROA METALO-CERÂMICA | 85400157 | 10.00.605-5 | R\$ 741,65 | Restauração indireta com metalo-cerâmica para dentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião dentista assistente. | Necessidade de autorização prévia. Procedimento só pode ser repetido para o mesmo dente após 24 meses. | Radiografia. |

RADIOLOGIA

| | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|----------------------------|-----------|--|--|--|
| RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING | 81000375 | 10.00.022-0 20.00.022-0 | R\$ 13,56 | Radiografia intraoral para visualização da região interproximal em dentes posteriores. | Necessidade de envio de documentação quando realizado em clínica radiológica (ver coluna seguinte) | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| RADIOGRAFIA OCLUSAL | 81000383 | 30.00.023-0 | R\$ 28,62 | Radiografia intraoral para avaliação dos dentes e da estrutura óssea da maxila ou mandíbula. | Necessidade de envio de documentação quando realizado em clínica radiológica (ver coluna seguinte) | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|--|----------|----------------------------|------------|---|---|--|
| RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA) | 81000405 | 10.00.023-5 | R\$ 56,41 | Radiografia extraoral para visualização de dentes e estruturas ósseas da maxila e da mandíbula. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| RADIOGRAFIA PERIAPICAL | 81000421 | 10.00.021-0 20.00.021-0 | R\$ 13,56 | Radiografia intraoral que objetiva a visualização do dente e de seu periápice. | Necessidade de envio de documentação quando realizado em clínica radiológica (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO/PERIAPICAL COMPLETO) | 81000294 | Não há | R\$ 189,84 | Exame periapical completo, que contempla 14 radiografias periapicais. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR | 40801110 | 60.00.711-5 | R\$ 100,87 | Radiografia da articulação temporomandibular. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| RADIOGRAFIA DE MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA | 40803139 | 60.00.712-0 | R\$ 55,23 | Radiografia de mãos e punhos para idade óssea. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE | 40801098 | 60.00.712-5 | R\$ 46,82 | Radiografia de ossos da face. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|--|-------------|-------------|------------|---------------------------------------|---|--|
| RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE | 40801063 | 60.00.713-0 | R\$ 46,82 | Radiografia dos seios da face. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES UNILATERAL | 60.00.713-5 | 60.00.713-5 | R\$ 178,92 | Tomografia da ATM unilateral. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (BILATERAL) | 41001044 | 60.00.713-6 | R\$ 324,41 | Tomografia da ATM bilateral. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE OU SEIOS DA FACE | 41001036 | 60.00.714-0 | R\$ 297,79 | Tomografia de face ou seio da face. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAXILA | 41001281 | 60.00.714-5 | R\$ 300,19 | Tomografia computadorizada da maxila. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|--|-------------|-------------|------------|--|---|--|
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDÍBULA | 41001273 | 60.00.714-5 | R\$ 300,19 | Tomografia computadorizada da mandíbula. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 1 DENTE | 60.00.715-0 | 60.00.715-0 | R\$ 137,33 | Tomografia computadorizada 1 dente. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 2 DENTES MESMA ARCADA | 60.00.715-1 | 60.00.715-1 | R\$ 195,44 | Tomografia computadorizada 2 dentes. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 3 DENTES MESMA ARCADA | 60.00.715-2 | 60.00.715-2 | R\$ 258,82 | Tomografia computadorizada 3 dentes. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |
| TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 4 DENTES MESMA ARCADA | 60.00.715-3 | 60.00.715-3 | R\$ 300,19 | Tomografia computadorizada 4 dentes. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Pedido odontológico com: 1- Nome completo do paciente 2- Data 3- Exames solicitados 4- Nome e Cro do profissional solicitante 5- Assinatura do profissional solicitante |

TRAUMATOLOGIA

| | | | | | | |
|---|----------|--------|------------|--|---|--|
| REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA | 82001170 | Não há | R\$ 190,00 | Redução da fratura do alvéolo por meio de técnica cirúrgica com exposição dos fragmentos ósseos fraturados | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
|---|----------|--------|------------|--|---|--|

Tabela de Procedimentos Odontológicos

| | | | | | | |
|---|----------|-------------|------------|--|--|---|
| REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA | 82001189 | 50.00.569-0 | R\$ 90,06 | Redução da fratura do alvéolo por meio de manobra bidigital, sem exposição dos fragmentos ósseos fraturados | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| REIMPLANTE DE DENTE AVULSIONADO COM CONTENÇÃO | 82001251 | 10.00.568-5 | R\$ 165,67 | Reimplante de dente avulsionado por causa traumática. | Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). Já contempla a contenção. | Radiografia ou Laudo do profissional justificando a necessidade. |
| IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS | 85000787 | 40.00.307-0 | R\$ 117,48 | Imobilização dentária de dentes decíduos, inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes. | Inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte). | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |
| IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES | 85300020 | 40.00.307-0 | R\$ 117,48 | Imobilização dentária de dentes permanentes, inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes. | Inclui fixação semirrígida com fio e/ou resina envolvendo no mínimo 3 dentes. Necessidade de envio de documentação (ver coluna seguinte) | Preenchimento do campo "Laudo" do sistema com o parecer do profissional justificando a necessidade de tratamento. |

OBSERVAÇÕES

Em alguns casos, será necessária perícia presencial. O setor de perícia comunicará à clínica, via sistema ou e-mail, quando houver necessidade.

Caso necessário, o setor de perícia poderá exigir perícia final para qualquer procedimento antes do faturamento.

Procedimentos que necessitem de realização em ambiente hospitalar terão o valor de tabela dobrado e serão pagos por reembolso.

A percentagem paga pelo Fascal (56% do valor de tabela) para procedimentos protéticos (coroas, núcleos fundidos, pinos pré fabricados, próteses removíveis...) possui como limite anual, por beneficiário, o valor de 5 coroas metalo-cerâmicas.

As radiografias solicitadas pela perícia são aquelas já realizadas com a finalidade de diagnóstico ou durante a execução do tratamento. Tomadas radiográficas não devem ser realizadas apenas com finalidade de documentação para auditoria odontológica.