

CISCOPAR — TPC - Tabela de Procedimentos Odontológicos

Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Oeste do Paraná

Data da exportação: 24/05/2026 10:56

Total de procedimentos: 244

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
03.07.02.001	ACESSO À POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)	R\$ 22,62
90.03.13.089	ACESSO À POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 45,26
90.03.12.090	ACESSO À POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 33,94
03.07.01.014	ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	R\$ 23,93
03.07.01.015	ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS	R\$ 23,93
04.14.02.002	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	R\$ 47,54
90.30.13.039	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURACAO RETROGRADA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 95,09
90.30.12.039	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURACAO RETRÓGRADA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 71,31
01.01.02.005	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)	R\$ 7,50
90.30.13.003	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 15,00
90.30.12.003	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 11,24
01.01.02.006	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	R\$ 9,74
90.30.13.004	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 19,49
90.30.12.004	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 14,63
01.01.02.007	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	R\$ 7,50
90.30.13.002	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 15,00
90.30.12.002	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 11,24
04.14.02.003	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	R\$ 55,71
90.30.13.040	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,44
90.30.12.040	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,58
02.01.01.023	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 41,72
90.30.13.071	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 83,44
90.30.12.071	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 62,58
02.01.01.034	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	R\$ 64,14
02.01.01.052	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 41,72
90.03.13.114	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 83,43
90.03.12.097	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 62,57
90.03.13.095	BIÓPSIA OSSO DO CRÂNIO E DA FACE (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 128,27
90.03.12.096	BIÓPSIA OSSO DO CRÂNIO E DA FACE (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 96,20
03.07.01.001	CAPEAMENTO PULPAR	R\$ 25,86
90.30.13.010	CAPEAMENTO PULPAR (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 51,74
90.30.12.010	CAPEAMENTO PULPAR (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 38,81
04.14.01.001	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$ 55,71
90.30.13.063	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,44
90.30.12.063	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,58
07.01.07.004	COROA DE AÇO E POLICARBOXILATO	R\$ 28,14
90.03.05.009	COROA DE AÇO E POLICARBOXILATO (PACIENTE ESPECIAL C/ SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 57,60

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.03.05.008	COROA DE AÇO E POLICARBOXILATO (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 42,82
04.04.02.003	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL / ORO-SINUSAL	R\$ 299,85
90.03.13.105	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL / ORO-SINUSAL (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 599,67
90.03.12.107	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL / ORO-SINUSAL (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 449,75
04.14.02.004	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	R\$ 55,71
90.30.13.043	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,44
90.30.12.043	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,58
04.14.02.005	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R\$ 55,71
90.30.13.044	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,44
90.30.12.044	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,58
04.14.02.006	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	R\$ 36,61
90.30.13.045	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 73,22
90.30.12.045	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 54,91
03.07.02.002	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO	R\$ 15,13
90.03.13.078	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 30,25
90.03.12.078	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 22,69
04.14.02.007	CURETAGEM PERIAPICAL	R\$ 55,71
90.30.13.046	CURETAGEM PERIAPICAL (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,44
90.30.12.046	CURETAGEM PERIAPICAL (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,58
04.04.02.005	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$ 24,41
90.03.13.106	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 48,81
90.03.12.108	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 36,61
04.14.02.008	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 55,71
90.30.13.028	ENXERTO GENGIVAL (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,42
90.30.12.027	ENXERTO GENGIVAL (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,57
04.14.02.009	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL	R\$ 47,54
90.30.13.047	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 95,09
90.30.12.047	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 71,31
01.01.02.008	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	R\$ 9,74
90.03.13.081	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 19,49
90.03.12.082	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 14,63
04.14.01.034	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 32,45
90.30.13.048	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 64,89
90.30.12.048	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 48,67
04.04.02.008	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	R\$ 32,49
90.03.13.101	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 64,98
90.03.12.103	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 48,74
04.04.02.009	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	R\$ 48,57
90.03.13.107	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 97,14
90.03.12.109	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 72,86

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
04.04.02.010	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO	R\$ 51,80
90.03.13.108	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 103,60
90.03.12.110	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 77,70
04.14.01.036	EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO	R\$ 61,64
90.03.13.102	EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 123,27
90.03.12.104	EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 92,44
04.14.02.012	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	R\$ 20,09
90.30.13.019	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 40,17
90.30.12.019	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 30,14
04.14.02.013	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$ 36,61
90.30.13.020	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 73,22
90.30.12.020	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 54,91
04.14.02.043	EXODONTIA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO	R\$ 73,22
90.03.12.118	EXODONTIA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO	R\$ 109,82
90.03.13.117	EXODONTIA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 146,43
04.14.02.014	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOPLASTIA POR SEXTANTE	R\$ 36,61
90.03.13.109	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOPLASTIA POR SEXTANTE (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 73,22
90.03.12.111	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOPLASTIA POR SEXTANTE (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 54,91
90.03.13.079	FRENECTOMIA LINGUAL / LABIAL (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,44
04.01.01.008	FRENECTOMIA LINGUAL/LABIAL	R\$ 55,71
90.03.12.079	FRENECTOMIA LINGUAL/LABIAL (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,58
90.03.10.012	FUNDIÇÃO DE ARMAÇÃO METÁLICA DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MANDIBULAR	R\$ 146,81
90.03.10.013	FUNDIÇÃO DE ARMAÇÃO METÁLICA DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MAXILAR	R\$ 146,81
90.30.13.029	GENGIVECTOMIA E/OU GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 119,35
04.14.02.015	GENGIVECTOMIA e/ou GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R\$ 59,67
90.30.12.028	GENGIVECTOMIA E/OU GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 89,51
04.14.02.017	GLOSSORRAFIA	R\$ 55,71
90.03.13.110	GLOSSORRAFIA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,44
90.03.12.112	GLOSSORRAFIA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,58
90.03.16.002	HORA CLÍNICA AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	R\$ 20,00
90.03.16.001	HORA CLÍNICA TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL	R\$ 25,00
04.14.02.042	IMPLANTE DENTÁRIO OSTEO INTEGRADO	R\$ 260,10
04.14.02.020	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS	R\$ 55,71
90.30.13.051	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,44
90.30.12.051	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,58
03.07.04.007	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 69,38
90.03.13.113	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 138,78
90.03.12.116	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 104,07
04.14.02.021	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO	R\$ 33,28
90.03.13.111	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 66,56

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.03.12.113	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 49,92
04.04.02.048	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS	R\$ 90,20
90.03.13.096	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 180,39
90.03.12.098	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 135,30
07.01.07.007	PLACA OCLUSAL	R\$ 35,03
90.03.12.066	PLACA OCLUSAL (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 52,54
03.01.01.015	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA	R\$ 17,35
90.03.13.116	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 34,70
90.03.13.117	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 26,02
03.07.03.004	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA	R\$ 17,13
90.03.04.007	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA (PACIENTE ESPECIAL C/ SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 34,26
90.03.04.006	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 25,70
07.01.07.015	PROTESE DENTARIA SOBRE IMPLANTE	R\$ 300,00
90.03.10.006	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MANDIBULAR COMPLETA (C/ FORNECIMENTO DOS DENTES PELO CISCOPAR)	R\$ 244,69
90.03.10.008	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MAXILAR COMPLETA (C/ FORNECIMENTO DOS DENTES PELO CISCOPAR)	R\$ 244,69
90.03.10.010	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR (MONTAGEM E ACRILIZAÇÃO, C/ FORNECIMENTO DOS DENTES PELO CISCOPAR)	R\$ 122,34
90.03.10.002	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR (PROVA FUNCIONAL, MONTAGEM E ACRILIZAÇÃO, C/ FORNECIMENTO DOS DENTES PELO CISCOPAR)	R\$ 146,81
90.03.10.011	PRÓTESE TOTAL MAXILAR (MONTAGEM E ACRILIZAÇÃO, C/ FORNECIMENTO DOS DENTES PELO CISCOPAR)	R\$ 122,34
90.03.10.004	PRÓTESE TOTAL MAXILAR (PROVA FUNCIONAL, MONTAGEM E ACRILIZAÇÃO, C/ FORNECIMENTO DOS DENTES PELO CISCOPAR)	R\$ 146,81
03.07.02.007	PULPOTOMIA DENTÁRIA	R\$ 25,86
90.30.13.011	PULPOTOMIA DENTÁRIA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 51,74
90.30.12.011	PULPOTOMIA DENTÁRIA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 38,81
02.04.01.021	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING)	R\$ 5,25
90.03.13.118	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 11,86
90.03.12.119	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 8,90
02.04.01.022	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R\$ 5,25
90.03.13.119	RADIOGRAFIA PERIAPICAL (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 11,86
90.03.12.120	RADIOGRAFIA PERIAPICAL (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 8,90
03.07.03.002	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R\$ 27,90
90.03.13.083	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 55,78
03.07.03.005	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R\$ 27,90
90.03.13.084	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 55,78
03.07.03.003	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R\$ 31,41
90.30.13.031	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 62,81
90.30.12.030	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 47,10
90.03.12.084	RASPAGEM E ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 41,83
90.03.12.085	RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 41,83
04.04.02.067	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	R\$ 33,28
90.03.13.100	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 66,56

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.03.12.102	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 49,92
04.04.02.057	REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE	R\$ 213,48
90.03.13.097	REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 426,96
90.03.12.099	REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 320,22
04.04.02.061	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR	R\$ 57,26
90.03.13.098	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 114,51
90.03.12.100	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 85,88
03.07.04.008	REEMBASAMENTO E CONserto DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 15,47
90.30.13.064	REEMBASAMENTO E CONserto DE PRÓTESE DENTÁRIA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 30,92
90.30.12.064	REEMBASAMENTO E CONserto DE PRÓTESE DENTÁRIA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 23,20
04.14.02.024	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)	R\$ 42,87
90.30.13.054	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 85,74
90.30.12.054	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 64,31
04.14.02.026	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 55,71
90.30.13.056	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,44
90.30.12.056	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,58
04.14.02.027	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	R\$ 73,22
90.30.13.057	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 146,43
90.30.12.057	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 109,82
04.14.02.029	REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES	R\$ 27,25
90.30.13.058	REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 54,48
90.30.12.058	REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 40,86
03.07.01.013	REMOÇÃO/RESTAURAÇÃO COM AMÁLGAMA DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	R\$ 30,17
90.03.13.125	REMOÇÃO/RESTAURAÇÃO COM AMÁLGAMA DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 60,35
90.03.12.126	REMOÇÃO/RESTAURAÇÃO COM AMÁLGAMA DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 45,26
03.07.01.011	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA	R\$ 9,25
90.03.13.123	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 18,50
90.03.12.124	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 13,87
03.07.01.009	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA	R\$ 9,25
90.03.13.121	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 18,50
90.03.12.122	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 13,87
03.07.01.010	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO	R\$ 9,25
90.03.13.122	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 18,50
90.03.12.123	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 13,87
03.07.01.008	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA	R\$ 9,25
90.03.13.120	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 18,50
90.03.12.121	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 13,87

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
03.07.01.003	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA	R\$ 30,17
90.03.13.086	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 60,35
90.03.12.087	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 45,26
03.07.01.012	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA	R\$ 30,17
90.03.13.124	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 60,35
90.03.12.125	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 45,26
04.04.02.062	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA / DENTÁRIA	R\$ 83,69
90.03.13.099	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA / DENTÁRIA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 167,37
90.03.12.101	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA / DENTÁRIA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 125,53
03.07.02.011	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	R\$ 4,43
90.03.12.095	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 6,66
90.03.13.094	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 8,87
01.01.02.009	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	R\$ 7,50
90.03.13.082	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 15,00
90.03.12.083	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 11,24
04.04.01.051	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 666,68
90.03.13.104	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 1.333,35
90.03.12.106	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 1.000,01
04.14.01.038	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA / EXTRA-ORAL	R\$ 55,71
90.03.13.103	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA / EXTRA-ORAL (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,44
90.03.12.105	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA / EXTRA-ORAL (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,58
04.14.02.035	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	R\$ 20,09
90.03.13.115	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 40,17
90.03.12.114	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 30,14
90.03.13.080	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA / OUTROS TUMORES (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,44
90.03.12.080	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA / OUTROS TUMORES (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,58
04.14.01.028	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA / OUTROS TUMORES.	R\$ 55,71
04.14.02.037	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R\$ 55,71
90.03.13.088	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE) (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 111,42
90.03.12.089	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE) (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 83,57
04.14.02.038	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R\$ 20,09
90.30.13.022	TRATAMENTO DE ALVEOLITE (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 40,17
90.30.12.022	TRATAMENTO DE ALVEOLITE (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 30,14
03.07.01.005	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	R\$ 28,15
90.30.13.060	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 56,30
90.30.12.060	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 42,22
03.07.02.003	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 49,52
90.03.13.090	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 99,03

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.03.12.091	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 74,27
03.07.02.006	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	R\$ 49,74
90.03.13.091	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 99,46
90.03.12.092	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 74,60
03.07.02.004	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R\$ 64,40
90.03.13.092	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 128,79
90.03.12.093	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 96,59
03.07.02.005	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES	R\$ 78,38
90.03.13.093	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 156,75
90.03.12.094	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 117,56
04.14.02.040	ULOTOMIA / ULECTOMIA	R\$ 36,61
90.03.13.112	ULOTOMIA / ULECTOMIA (PACIENTE ESPECIAL C/ NECESSIDADE DE SEDAÇÃO QUÍMICA)	R\$ 73,22
90.03.12.115	ULOTOMIA/ ULECTOMIA (PACIENTE ESPECIAL)	R\$ 54,91