

## Anexo I – Tabela de Procedimentos Odontológicos

<b>OBSERVAÇÕES GERAIS</b>	
A	Os pacientes deverão ser encaminhados à perícia inicial portando a GTO preenchida corretamente e o Termo de Autorização para Tratamento, assinado pelo paciente, conforme Anexo II do Ato Deliberativo.
B	O preenchimento da GTO, em três vias, deverá conter, além da correta identificação do paciente, data de início e término do tratamento, carimbo, CRO e assinatura sem carbono do profissional que realizou o tratamento.
C	Na GTO, no campo 3 – “Descrição dos Serviços” – todos os procedimentos odontológicos devem ser informados individualmente, por linha, mencionando o código do serviço, o procedimento, a quantidade, o dente ou região, a face e o valor.
D	A GTO não pode ter rasuras. A substituição de item deve ser feita pela inclusão do novo procedimento em outra GTO e pelo cancelamento do item alterado no campo 9 – “Para uso do credenciado”. A inclusão de item não planejado anteriormente deve ser feita por meio de preenchimento de nova GTO, sujeita à nova perícia inicial.
E	A perícia final poderá ser realizada a pedido do paciente ou a critério da Seção de Assistência Odontológica.
F	O profissional credenciado do STF <u>não</u> poderá cobrar ou receber qualquer pagamento dos beneficiários pelos serviços executados, delegar ou transferir a terceiros os serviços objeto do contrato, bem como enviar GTO para o faturamento solicitando pagamento de itens não executados, sob pena de descredenciamento.
G	Ao final do tratamento, profissional e paciente deverão assinar o Termo de Conclusão de Tratamento, conforme Anexos III e IV do Ato Deliberativo.
H	<p>A remuneração dos profissionais que atendem pacientes com necessidades especiais terá os seguintes acréscimos sobre os valores da tabela:</p> <p style="margin-left: 40px;">a) 50% para os procedimentos realizados em consultório odontológico;</p> <p style="margin-left: 40px;">b) 100% para os procedimentos realizados em domicílio ou em centro cirúrgico hospitalar.</p> <p>Considera-se paciente com necessidades especiais aqueles com graves distúrbios de comportamento, emocionalmente perturbados, que apresentam condições incapacitantes, temporárias ou definitivas em nível ambulatorial, hospitalar ou domiciliar (Resolução CFO 25/2002).</p> <p>Para efeito deste item, deverá ser encaminhado à perícia inicial, além dos documentos elencados no item A, laudo assinado pelo profissional de saúde competente, atestando a necessidade especial.</p>
I	Em caso de urgência, a perícia inicial, fica dispensada, devendo a GTO ser encaminhada para perícia final em até 5 dias após o atendimento.

<b>DIAGNÓSTICO</b>	
n°	<b>OBSERVAÇÕES</b>
1	As consultas (códigos 81000065, 81000030 e 81000049) poderão ser faturadas em Guias de Atendimento – GA, ou junto aos demais procedimentos na Guia de Tratamento Odontológico - GTO.

2	Para efeito de cobrança do código 81000049, serão considerados Consulta de Urgência os atendimentos iniciados após as 22 horas até as 6 horas do dia seguinte, nos dias úteis, e em qualquer horário nos sábados, domingos e feriados.			
3	Os atendimentos de urgência serão cobrados considerando o código 81000049 – Consulta de Urgência – mais o(s) código(s) do(s) procedimento(s) efetivamente realizado(s).			
4	O procedimento urgência endodôntica (cód. 80062140) não poderá ser cobrado em conjunto com consulta inicial (cód. 81000065) e pulpotomia (cód. 85200042).			
5	Os procedimentos terão a garantia conforme a coluna de carência, desde que o paciente comprove controle semestral, por meio da consulta de controle.			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
81000065	Consulta inicial (exame clínico e orçamento).			43,00
81000030	Consulta de controle.			43,00
81000049	Consulta de urgência (noturna, sábados, domingos e feriados).			64,00
80000140	Falta (atendimento não desmarcado até o prazo de 4 horas antes do horário agendado, que não apresente justificativa, deverá ser atestado pelo beneficiário, que arcará com 100% do custeio do procedimento) – deverá ser cobrada na GA separadamente de outros procedimentos.			43,00
<b>RADIOLOGIA</b>				
<b>n°</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>			
6	Quando for efetuada solicitação para série radiográfica completa (14 periapicais e 4 bite-wing ou 14 periapicais), o beneficiário somente poderá realizar os procedimentos em clínica especializada em radiologia.			
7	Somente as clínicas especializadas em radiologia deverão cobrar os procedimentos radiológicos em Guias de Atendimento – GA, acompanhadas do pedido odontológico. As demais clínicas deverão fazê-lo nas Guia de Tratamento Odontológico – GTO, juntamente com o tratamento, quando houver.			
8	Os pedidos de exames radiológicos e tomográficos deverão ser emitidos pelo cirurgião-dentista que assiste o paciente em formulário próprio. Não serão aceitos pedidos em formulários pré-impresos nem pedidos odontológicos rasurados.			
9	O pedido odontológico de documentação ortodôntica compreende uma radiografia panorâmica, uma telerradiografia com traçado, um par de modelos ortodônticos e oito fotos.			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
81000421	RX periapical			8,00
81000375	RX interproximal			8,00
81000383	RX oclusal			18,00
81000430	RX postero-anterior			38,00
81000340	RX da ATM série completa (3 incidências)			83,00
81000405	RX panorâmica			39,00
81000480	Telerradiografia com traçado computadorizado			53,00
81000472	Telerradiografia sem traçado			38,00

81000367	RX da mão (Carpal)			45,00
81000308	Modelos ortodônticos (par)			44,00
81000278	Fotos (unidade) – máximo de 08 unidades			8,00
81000413	Panorâmica com traçado			65,00
80010340	Tomografia Computadorizada para 1 dentes			90,00
80010350	Tomografia Computadorizada para 2 dentes			130,00
80010360	Tomografia Computadorizada para 3 dentes			170,00
80010370	Tomografia Computadorizada para 4 dentes			210,00
80010380	Tomografia Computadorizada de maxila ou mandíbula total			250,00
80010390	Tomografia Computadorizada da articulação têmporo-mandibular – ATM unilateral			135,00
80010392	Tomografia Computadorizada da articulação têmporo-mandibular – ATM bilateral			180,00
80010393	Tomografia Computadorizada dos seios da face ou arco zigomático			160,00
80010394	Tomografia Computadorizada de crânio total			325,00
<b>SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO</b>				
<b>n°</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>			
10	O código 80020440 será executado somente pelo periodontista , que deverá encaminhar, para perícia inicial, justificativa para realização do exame no campo 9 da GTO – “Para uso do credenciado”.			
11	Para autorização do código 80020450, deverá constar no campo 9 da GTO – “Para uso do credenciado” - a justificativa para realização do procedimento.			
12	Para realização do procedimento 87000164, o credenciado deverá apresentar junto ao STF-Med comprovação de habilitação legal, conforme Resolução 51/2004 do Conselho Federal de Odontologia.			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
84000252	Teste de risco de cárie.			32,00
84000244	Teste de fluxo salivar.			31,00
84000228	Teste de capacidade tampão.			30,00
80020440	Halitometria.			31,00
80020450	Aplicação de laser de baixa potência (por sessão).		Inicial	43,00
87000164	Analgesia inalatória.		Inicial	180,00
<b>PREVENÇÃO</b>				
<b>n°</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>			
13	No código de prevenção estão incluídos os procedimentos de profilaxia, orientação de higiene bucal, aplicação de flúor, controle de placa bacteriana e tratamento de gengivite e não será abonado para outra especialidade quando for previsto tratamento periodontal concomitante com outros tratamentos clínicos. Os códigos 84000198 a 80030550 somente serão autorizados duas vezes no			

	período de um ano, observado o intervalo mínimo de seis meses, considerando a data de conclusão do procedimento. Se houver indicação para maior número de vezes, o paciente deverá ser encaminhado para perícia inicial.			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
84000198	Profilaxia (polimento coronário – 4 hemiarcadas)	6 meses		40,00
80030520	Orientação de higiene bucal	6 meses		30,00
84000090	Aplicação de flúor (não inclui profilaxia)	6 meses		30,00
84000163	Controle de placa bacteriana – por sessão (máximo de 03 sessões).	6 meses		29,00
80030550	Prevenção (profilaxia, orientação de higiene bucal, aplicação de flúor, controle de placa bacteriana e tratamento de gengivite) - 4 hemiarcadas	6 meses		159,00
<b>ODONTOPEDIATRIA</b>				
<b>n°</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>			
14	O código 85400211 somente será autorizado em dentes que receberão tratamento protético e/ou após a realização de procedimentos endodônticos.			
15	Para autorização dos códigos 84000074 e 84000058 (aplicação de selante) deverá ser apresentada radiografia interproximal do(s) dente(s) envolvido(s).			
16	As aplicações de selantes associadas às restaurações de resinas fotopolimerizáveis extensas, como proteção adicional, não serão autorizadas.			
17	A remineralização (código 84000201) será autorizada de acordo com a avaliação de risco à cárie do paciente. No máximo, quatro sessões de flúor.			
18	O ajuste oclusal já está incluído no valor dos procedimentos restauradores.			
19	O código 84000112 – Aplicação tópica de flúor (verniz – 4 hemiarcadas) somente será autorizado duas vezes no período de um ano, observado o intervalo mínimo de seis meses da data do término do tratamento, registrada na GTO. Se houver indicação para maior número de vezes, o paciente deverá ser encaminhado para perícia inicial, com laudo justificando a necessidade.			
20	Para os códigos 85100099 a 80040880 o beneficiário deverá apresentar radiografia inicial para autorização do tratamento.			
21	Para autorização dos códigos 80040731 e 80040732 deverá ser encaminhada a radiografia inicial.			
22	Os códigos 84000074 a 86000322 só poderão ser realizados por especialista em odontopediatria.			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
84000112	Aplicação tópica de flúor (verniz – 4 hemiarcadas).	1 ano	Inicial	28,00
84000074	Aplicação de selante (por elemento).	1 ano	Inicial	27,00
84000058	Aplicação de selante (técnica invasiva – por elemento).	1 ano	Inicial	33,00
84000201	Remineralização (fluorterapia, 4 hemiarcadas, por sessão, máximo de 4 sessões).	1 ano	Inicial	69,00
80040660	Adequação do meio bucal com ionômero de vidro/IRM – por hemiarcada.	1 ano	Inicial	65,00

85100137	Restauração a ionômero de vidro (1 face) .	1 ano	Inicial	57,00
80040690	Restauração preventiva (ionômero + selante).	1 ano	Inicial	41,00
83000062	Coroa de aço ou policarbonato.	1 ano	Inicial	71,00
83000127	Pulpotomia.		Inicial	57,00
80040711	Capejamento pulpar em decíduos			45,00
83000151	Tratamento endodôntico em decíduos.	1 ano	Inicial	140,00
83000089	Exodontia de decíduos.			34,00
80040731	Exodontia de decíduos retido ou anquilosados		Inicial	86,00
80040732	Exodontia de decíduos retido ou anquilosados com retalho		Inicial	112,00
83000097	Mantenedor de espaço (fixo ou removível).	1 ano	Inicial	112,00
84000015	Protetor bucal resiliente (para prevenção do traumatismo dental por acidente)	1 ano	Inicial	70,00
81000014	Condicionamento em odontopediatria por sessão (máximo duas sessões).	1 ano		43,00
82001707	Ulectomia ou Ulotomia.		Inicial	88,00
80040800	Restauração provisória (urgência).			39,00
85100099	Restauração de amálgama – 1 face.	1 ano	Inicial	39,00
85100102	Restauração de amálgama – 2 faces.	1 ano	Inicial	47,00
85100110	Restauração de amálgama – 3 faces.	1 ano	Inicial	53,00
85100129	Restauração de amálgama – 4 faces.	1 ano	Inicial	69,00
85400211	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro.	1 ano	Inicial	65,00
80040860	Restauração resina fotopolimerizável classe I, V e VI.	1 ano	Inicial	52,00
80040870	Restauração resina fotopolimerizável classe III.	1 ano	Inicial	55,00
80040880	Restauração resina fotopolimerizável classe IV e II (apresentar radiografia interproximal na perícia inicial ).	1 ano	Inicial	77,00
85100064	Faceta em resina.	1 ano	Inicial	108,00
86000144	Arco lingual de Nance		Inicial	180,00
80040892	Plano inclinado		Inicial	120,00
86000535	Placa lábio-ativa		Inicial	180,00
80040894	Quadri-hélix ou Arco em W fixo		Inicial	200,00
80040895	Expansor fixo tipo Haas		Inicial	275,00
80040896	Placa de Hawley e aparelhos para pequenos movimentos		Inicial	200,00
86000314	Grade palatina fixa		Inicial	200,00
86000322	Grade palatina móvel		Inicial	166,00

### DENTÍSTICA

n°	OBSERVAÇÕES
23	Não serão autorizadas substituições de restaurações por motivos exclusivamente estéticos.
24	Os códigos 85400211, 80051010 e 80051020 somente serão autorizados em dentes que receberão tratamento protético e/ou após a realização de procedimentos endodônticos.
25	A remineralização (código 84000201) será autorizada de acordo com a avaliação

	de risco à cárie do paciente. No máximo, 4 sessões de flúor.			
26	Todos os procedimentos necessários à realização do código 85100021 estão incluídos no referido código.			
27	O ajuste oclusal já está incluído no valor dos procedimentos restauradores.			
28	Para os códigos 85100099 a 80050980 o beneficiário deverá apresentar a radiografia inicial para autorização do tratamento.			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
85100099	Restauração de amálgama – 1 face.	1 ano	Inicial	35,00
85100102	Restauração de amálgama – 2 faces.	1 ano	Inicial	47,00
85100110	Restauração de amálgama – 3 faces.	1 ano	Inicial	53,00
85100129	Restauração de amálgama – 4 faces.	1 ano	Inicial	65,00
80050960	Restauração resina fotopolimerizável classe I, V e VI.	1 ano	Inicial	52,00
80050970	Restauração resina fotopolimerizável classe III .	1 ano	Inicial	55,00
80050980	Restauração resina fotopolimerizável classe IV e II.	1 ano	Inicial	77,00
80050990	Faceta em resina.	1 ano	Inicial	108,00
85400211	Núcleo de preenchimento em ionômero de vidro.	1 ano	Inicial	65,00
80051010	Núcleo de preenchimento em resina.	1 ano	Inicial	51,00
80051020	Núcleo de preenchimento em amálgama.	1 ano	Inicial	49,00
85400025	Ajuste oclusal por sessão (máximo de 2 sessões. Caso seja necessário maior nº, enviar para perícia inicial justificativa por escrito).		Inicial	36,00
85400262	Retentor intrarradicular (pré-fabricado).	1 ano	Inicial	112,00
85100021	Clareamento dental de uso caseiro (por arcada) – somente nos casos de má formação de esmalte.	1 ano	Inicial	252,00
80051090	Restauração provisória (só será autorizado para casos de urgência).			39,00
84000015	Protetor bucal resiliente (para prevenção do traumatismo dental por acidente)	1 ano	Inicial	70,00
85100048	Colagem de fragmento dentário fraturado.			43,00
85100234	Microabrasão do esmalte (por elemento).	1 ano	Inicial	82,00
84000201	Remineralização (fluoterapia) – 4 hemiarcadas, por sessão, máximo de 4 sessões.	1 ano	Inicial	69,00
80051170	Adequação do meio bucal com ionômero de vidro ou cimentos à base de oxido de zinco e eugenol - por hemiarcada.	1 ano	Inicial	65,00
85100137	Restauração a ionômero de vidro (1 face).	1 ano	Inicial	57,00
<b>ENDODONTIA</b>				
<b>n°</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>			
29	Para autorização dos trabalhos de endodontia, as GTOs deverão ser encaminhadas ao serviço de perícia odontológica do STF, junto à radiografia inicial e ao laudo com diagnóstico correspondente.			
30	Os tratamentos endodônticos com finalidade protética somente serão autorizados			

	quando acompanhados de indicação formal (por escrito) do protesista.			
31	Quando se tratar de consulta de controle no tratamento endodôntico, as radiografias deverão ser cobradas em Guia de Atendimento – GA, que deverá ser encaminhada juntamente com laudo.			
32	O procedimento urgência endodôntica (cód. 80062140) não necessita de perícia inicial e não poderá ser cobrado em conjunto com consulta inicial (cód. 81000065) e pulpotomia (cód. 85200042).			
33	Nos planos de tratamento endodôntico, serão autorizadas, no máximo, 04 radiografias por elemento dentário.			
34	Para a perícia inicial, deverá ser anexada à GTO uma cópia da solicitação para realização do procedimento “Avaliação endodôntica com microscopia”, assinada pelo dentista solicitante.			
35	Os códigos 85200166 a 85200123, 85200131, 85100056, 85200050, 85400505, 82000786 e 80062280 só poderão ser realizados por especialista em endodontia. Os códigos 80062280 e 85200026 poderão ser realizados por especialistas em endodontia ou prótese.			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
85200166	Tratamento endodôntico de Incisivo/Canino.	2 anos	Inicial	148,00
85200140	Tratamento endodôntico de Pré-Molar.	2 anos	Inicial	205,00
85200158	Tratamento endodôntico de Molar.	2 anos	Inicial	309,00
85200115	Retratamento endodôntico de Incisivo/Canino.	2 anos	Inicial	182,00
85200093	Retratamento endodôntico de Pré-Molar.	2 anos	Inicial	250,00
85200107	Retratamento endodôntico de Molar.	2 anos	Inicial	419,00
85200123	Tratamento de perfuração.	2 anos	Inicial	95,00
85200077	Remoção de Núcleo Intrarradicular (por elemento).	2 anos	Inicial	88,00
85100013	Capeamento pulpar (excluindo restauração final).			69,00
85200042	Pulpotomia.		Inicial	70,00
85200018	Clareamento ou Recromia (por elemento).	2 anos	Inicial	133,00
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular .	2 anos	Inicial	44,00
85200131	Tratamento de dentes com rizogênese incompleta por sessão.	2 anos	Inicial	53,00
80062140	Urgência endodôntica (independente da seqüência do tratamento).			78,00
85100056	Troca de curativo, irrigação, aspiração e medicação intracanal (até dois para o mesmo dente)	2 anos	Inicial	38,00
85200085	Restauração provisória de urgência			39,00
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal.	2 anos	Inicial	49,00
85400505	Remoção de restaurações metálicas e coroas.	2 anos	Inicial	40,00
82000786	Cirurgia para remoção de cisto.	2 anos	Inicial	113,00
80062280	Avaliação endodôntica com microscopia.		Inicial	80,00
<b>PERIODONTIA</b>				
<b>n°</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>			
36	Para autorização dos códigos 80073010 (bolsas até 4mm), será exigido o			

	periograma (medição de bolsas), que deverá ser enviado junto à GTO para a perícia inicial.			
37	O código 85300012 deverá ter indicação no odontograma e justificativa formal (por escrito).			
38	Se o profissional não for especialista em periodontia, o código 85300020 só poderá ser realizado quando caracterizado tratamento de urgência por trauma ou quando solicitado por escrito pelo periodontista.			
39	O código 85300055 somente será autorizado quando apresentada justificativa pelo profissional e identificação do fator de retenção no odontograma da GTO.			
40	Cada arcada tem três segmentos. O segmento será considerado quando estiverem presentes, no mínimo, três dentes. Na hipótese em que os elementos se encontrem distantes uns dos outros, cada três dentes serão considerados um segmento.			
41	Os códigos 80073010 – bolsas de até 4mm - não serão autorizados para a mesma região quando associados ao código 80030550.			
42	Para a autorização dos procedimentos 80073010 , os pacientes deverão ser encaminhados para perícia inicial portando documentação radiográfica.			
43	Os códigos 82000921, 82000336, 82000190 e 82000883 não serão autorizados para a mesma região no mesmo plano de tratamento.			
44	Para autorização do código 80073290, deverá ser enviada à perícia radiografia inicial e laudo periodontal, com informações sobre a área receptora, doadora e material enxertante a ser utilizado. Para solicitação de faturamento, enviar junto à via rosa da GTO relatório com selo ou número do lote do material enxertante utilizado. O código 80073290 não poderá ser cobrado em conjunto com o código 82000336.			
45	O código 84000163 somente será autorizado para os planos de tratamento solicitados por especialistas em periodontia e odontopediatria.			
46	Para liberação do código 81000219 deverá ser seguido o seguinte protocolo: <u>Fase de diagnóstico</u> : compreende consulta, teste de fluxo salivar e halitometria. O resultado dos exames, o periograma e a cópia de solicitação de exames complementares e de encaminhamento a outras especialidades médicas e, ou, odontológicas deverão ser encaminhados ao STF juntamente com a guia rosa da GTO, contendo o planejamento da fase de tratamento . <u>Fase de tratamento</u> : Para liberação do tratamento de halitose, deverá ser encaminhado ao STF, junto à GTO, laudo emitido pelo periodontista responsável e atestados da finalização de todos os tratamentos (médicos ou odontológicos) identificados na fase de diagnóstico, bem como os resultados de novos testes de halitometria e fluxo salivar. Nos casos onde tenha sido necessário o tratamento periodontal, os testes deverão ser realizados após 60 dias do término do tratamento.			
47	Os códigos 80073010, 80073030, 84000163, 82000336, 82001464, 80073150, 82000190, 82000689, 82000662, 82000646, 82000883, 82001073, 82000069, 82000050, 82000212, 80073290, e 81000219 só poderão ser realizados por especialista em periodontia			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
80073010	Tratamento não cirúrgico da periodontite leve por hemiarcada.		Inicial	57,00
80073030	Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada por segmento.		Inicial	65,00



80073040	Tratamento de processo agudo – por elemento			73,00
84000163	Controle de placa bacteriana – por sessão (máximo de 03 sessões).		Inicial	29,00
85300012	Dessensibilização dentária por segmento.		Inicial	42,00
85300020	Imobilização dentária com resina fotopolimerizável (3 dentes).		Inicial	83,00
85400025	Ajuste Oclusal por sessão (máximo de 2 sessões. Caso seja necessário maior nº, enviar para perícia inicial justificativa por escrito).		Inicial	36,00
85300055	Remoção de fatores de retenção.		Inicial	62,00
82000921	Gengivectomia – por segmento.		Inicial	134,00
82000336	Cirurgia retalho – por segmento.		Inicial	138,00
82001464	Sepultamento radicular – por raiz.		Inicial	165,00
80073150	Cunha distal.		Inicial	137,00
82000190	Extensão de vestíbulo – por segmento.		Inicial	112,00
82000689	Enxerto Pediculado – por elemento.		Inicial	137,00
82000662	Enxerto Livre – por elemento.		Inicial	173,00
82000646	Enxerto Conjuntivo Epitelial – por elemento.		Inicial	168,00
82000883	Frenectomia ou Bridectomia		Inicial	140,00
82001707	Ulotomia e ulectomia.		Inicial	88,00
82001073	Odonto-secção – por elemento.		Inicial	159,00
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada – por raiz.		Inicial	199,00
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada – por raiz.		Inicial	228,00
82000212	Aumento de coroa clínica (apresentar radiografia interproximal na perícia inicial).		Inicial	132,00
80073290	Cirurgia periodontal com uso de barreira, enxerto de osso autógeno e materiais enxertantes– por segmento.	2 anos	Inicial	800,00
81000219	Tratamento de halitose.		Inicial	469,00
<b>PRÓTESE</b>				
<b>nº</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>			
48	Os tratamentos protéticos somente serão autorizados após a liberação pelo periodontista e endodontista responsáveis pelos respectivos tratamentos, quando necessários. A liberação deverá ser formalizada por meio de laudo, que deverá ser enviado ao STF junto à GTO com o planejamento protético.			
49	Os procedimentos na especialidade de prótese terão a garantia mínima de dois anos, desde que o paciente comprove controle semestral, por meio da consulta de controle.			
50	Para autorização dos trabalhos de prótese, os pacientes deverão ser encaminhados ao serviço de perícia odontológica do STF, portando as radiografias iniciais realizadas em clínicas especializadas em radiologia, com o laudo correspondente.			
51	O núcleo cerâmico (código 80084082) só poderá ser realizado em dentes			

	anteriores.			
52	Os reembasamentos das coroas provisórias serão abonados no máximo duas vezes.			
53	A recimentação de próteses no período de 2 (dois) anos após o término do tratamento está incluída em sua garantia.			
54	Para os procedimentos de códigos 85400513, 80084082, 85400122 e 85400297 o profissional deverá apresentar cópia da nota fiscal, ou do recibo do laboratório de prótese, indicando o produto utilizado no trabalho e o número do lote. Este documento deverá ser anexado à via rosa da GTO no ato de entrega da documentação para faturamento.			
55	O ajuste oclusal já está incluído no valor dos procedimentos, exceto para prótese removíveis.			
56	Para os códigos 85400513 e 85400300 não serão autorizados provisórios prensados.			
57	O planejamento é de responsabilidade do profissional credenciado, que deverá levar em consideração possíveis hábitos parafuncionais existentes.			
58	Os códigos 81000189, 81000243, 80084190, 80084200, 85400289, 85400300, 85400319, 85400297, 85400394, 85400386, 85400378, 80084270, 80084330, 80084340, 85400203 e 80084360 só poderão ser realizados por especialista em prótese. Os códigos 85400513, 80084082, 85400173, 80084130, 85400122, 85400157, 80084150, 85400149, 80084170, 85400181 e 85400300 só poderão ser realizados por especialistas em prótese ou dentística.			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
81000189	Planejamento em prótese (modelos de estudo – par, montagem em articulador semi-ajustável)	2 anos	Inicial	77,00
81000243	Enceramento de diagnóstico por elemento	2 anos	Inicial	25,00
85400017	Ajuste Oclusal por sessão (máximo de 2 sessões. Caso seja necessário maior nº, enviar para perícia inicial justificativa por escrito).	2 anos	Inicial	61,00
85400556	Restauração metálica fundida.	2 anos	Inicial	184,00
85400513	Inlay e Onlay em sistema cerâmico Empress.	2 anos	Inicial	594,00
85400505	Remoção de restaurações metálicas e coroas.		Inicial	40,00
85400467	Recolocação de restauração metálica fundida, coroas, cerômeros e prótese fixa (por pilar).			34,00
85400220	Núcleo metálico fundido.	2 anos	Inicial	156,00
80084081	Núcleo rosqueável intra canal pré-fabricado	2 anos		112,00
80084082	Núcleo cerâmico.	2 anos	Inicial	224,00
85400084	Coroa provisória.		Inicial	85,00
85400092	Coroa provisória prensada em resina.		Inicial	187,00
85400475	Reembasamento e reparo de coroa provisória.		Inicial	30,00
85400173	Coroa de jaqueta acrílica.	2 anos	Inicial	172,00
80084130	Coroa de jaqueta de cerâmica pura.	2 anos	Inicial	612,00
85400122	Coroa total livre de metal.	2 anos	Inicial	612,00
85400157	Coroa metalo-cerâmica.	2 anos	Inicial	551,00
80084150	Coroa de Venner.	2 anos	Inicial	303,00

85400149	Coroa total metálica .	2 anos	Inicial	204,00
80084170	Coroa 3/4 ou 4/5.	2 anos	Inicial	181,00
85400181	Facetas laminadas de porcelana.	2 anos	Inicial	530,00
80084190	Prótese fixa por elemento, metalo-cerâmica.	2 anos	Inicial	609,00
80084200	Prótese fixa por elemento, metalo-plástica.	2 anos	Inicial	386,00
85400289	Prótese fixa adesiva direta.	2 anos	Inicial	188,00
85400300	Prótese fixa adesiva indireta metalo-cerâmica, 3 elementos.	2 anos	Inicial	793,00
85400319	Prótese fixa adesiva indireta metalo-plástica, 3 elementos.	2 anos	Inicial	620,00
85400297	Prótese fixa adesiva indireta livre de metal, 3 elementos.	2 anos	Inicial	851,00
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos.	2 anos	Inicial	512,00
85400386	Prótese parcial removível com grampos bilateral.	2 anos	Inicial	939,00
85400378	Prótese parcial removível para encaixes.	2 anos	Inicial	1014,00
80084270	Encaixe fêmea ou macho por elemento.	2 anos	Inicial	469,00
85400483	Reembasamento de prótese total ou parcial.		Inicial	153,00
85400408	Prótese total.	2 anos	Inicial	814,00
80084310	Prótese total caracterizada.	2 anos	Inicial	1223,00
85400416	Prótese total imediata.	2 anos	Inicial	742,00
80084330	Casquete de moldagem	2 anos	Inicial	44,00
80084340	Ponto de solda	2 anos	Inicial	40,00
85400203	Guia cirúrgico para prótese imediata.		Inicial	112,00
80084360	Placa de mordida miorreloxante rígida.	1 ano	Inicial	186,00
85400050	Conserto em prótese fixa provisória, prótese total ou parcial removível, inclusive reparo e/ou substituição de elementos.	2 anos		74,00
85400530	Inlays e Onlays em cerômero.	2 anos	Inicial	367,00

### CIRURGIA

n°	OBSERVAÇÕES
59	Para autorização dos procedimentos cirúrgicos, as radiografias deverão ser encaminhadas ao STF junto à GTO.
60	Para autorização dos códigos 82000964 e 80095991, deverá ser anexado à GTO o encaminhamento por escrito do ortodontista que solicitou o procedimento.
61	Para autorização de exodontias com finalidade ortodôntica, deverá ser anexado à GTO o encaminhamento por escrito do ortodontista para realização da cirurgia.
62	Para o código 82000964, estão incluídos o mini-implante e a cirurgia para sua colocação e retirada.
63	Para o código 80095991, o valor corresponde à cirurgia de instalação da placa. O material será pago à parte, após auditoria da nota fiscal.
64	Os códigos 82000182 a 82000158 só poderão ser realizados por especialista em cirurgia ou endodontia.
65	Os códigos 82001103 a 82001430, exceto 82001030, 82001707 e 82001251 só poderão ser realizados por especialista em cirurgia. O código 82000964 poderá ser realizado por especialista em cirurgia ou implantodontia.

66	Para o código 82000964 estão incluídos o mini-implante e a cirurgia para sua colocação e retirada.			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
82000875	Exodontia de dente permanente.		Inicial	86,00
82000816	Exodontia + Retalho.		Inicial	112,00
82000859	Exodontia raiz residual.		Inicial	88,00
82001103	Punção aspirativa ou coleta de raspado em lesões bucais		Inicial	82,00
82000239	Biópsia		Inicial	119,00
80095060	Biópsia intra-óssea		Inicial	238,00
82001154	Sulcoplastia por segmento.		Inicial	130,00
82000387	Cirurgia para tórus mandibular unilateral.		Inicial	124,00
82000360	Cirurgia para tórus mandibular bilateral.		Inicial	188,00
82000182	Apicetomia unirradicular.		Inicial	197,00
82000174	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada.		Inicial	226,00
82000085	Apicetomia birradicular.		Inicial	234,00
82000077	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada.		Inicial	264,00
82000166	Apicetomia trirradicular.		Inicial	270,00
82000158	Apicetomia trirradicular com obturação retrógrada.		Inicial	300,00
82001545	Correção de bridas musculares ou Frenectomia.		Inicial	140,00
82001286	Remoção de dentes inclusos ou impactados.		Inicial	210,00
30732123	Cirurgia de tumor intra-ósseo.		Inicial	210,00
80095200	Cirurgia de lesão cística (enucleação e marzupialização ).		Inicial	234,00
82001391	Remoção de corpo estranho no seio maxilar.		Inicial	258,00
80095280	Excisão de tumor glandular salivar.		Inicial	473,00
82000778	Retirada de calculo salivar.		Inicial	191,00
82000794	Excisão de mucocele.		Inicial	130,00
82001030	Drenagem de abcesso.		Inicial	70,00
82001707	Ulotomia e ulectomia.		Inicial	88,00
82001502	Laço de dente incluso para ortodontia.		Inicial	187,00
82001251	Reimplante de dente.		Inicial	130,00
82001367	Cirurgia de osteoma e odontoma.		Inicial	209,00
80095980	Excisão de papiloma ou lesão pediculada.		Inicial	270,00
82000964	Mini-implante (por elemento).		Inicial	250,00
80095991	Mini-placa.		Inicial	500,00
82001430	Cirurgia para remoção de mini-placa.		Inicial	167,00
80095993	Cirurgia para remoção de implante		Inicial	210,00
<b>CIRURGIA ORTOGNÁTICA</b>				
<b>n°</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>			
67	No valor do procedimento estão incluídos os profissionais da equipe odontológica (dentistas e auxiliares)			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>

80117010	Cirurgia de disjunção maxilar		inicial	2000,00
80117020	Cirurgia de osteotomia e osteoplatia da mandíbula (micrognatismo, prognatismo e laterognatismo)		inicial	3000,00
80117030	Cirurgia de osteotomia e osteoplatia da maxila		Inicial	3000,00
80117040	Cirurgia de osteotomia e osteoplatia do mento		Inicial	2000,00
30209021	Cirurgia de osteotomia e osteoplatia da mandíbula, maxila e mento		inicial	7000,00
30208017	Cirurgia de artroplastia da ATM		inicial	3500,00
<b>IMPLANTODONTIA</b>				
<b>n°</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>			
68	A cirurgia para instalação de implante ossointegrado deverá ser realizada por cirurgião-dentista, devidamente inscrito como especialista em implantodontia no Conselho Regional de Odontologia.			
69	Para autorização dos trabalhos de implante e prótese sobre implante, as GTOs deverão ser encaminhados ao serviço de perícia odontológica do STF, juntamente às radiografias iniciais realizadas em clínicas especializadas em radiologia, com o laudo correspondente.			
70	O sistema de implante a ser utilizado deverá ser devidamente registrado no Ministério da Saúde.			
71	O STF autorizará no máximo 10 (dez) implantes por beneficiário.			
72	Para cada região edêntula, o procedimento para instalação de implante será autorizado uma única vez.			
73	Pacientes que tenham realizado prótese fixa ou removível, custeadas pelo STF-Med, só serão autorizados a realizar o tratamento com implantes nessas áreas após dois anos da data da conclusão dos primeiros procedimentos protéticos.			
74	Após a conclusão da prótese sobre implante, o paciente deverá realizar consultas semestrais nos dois primeiros anos, passando à periodicidade anual após o terceiro ano. O paciente deverá consultar-se com os profissionais que executaram os procedimentos (implante e prótese), a fim de realizar exame clínico e radiográfico. Esta observação deverá constar do Termo de Autorização para Tratamento, conforme Anexo II do Ato Deliberativo.			
75	As cirurgias para implante só serão autorizadas mediante apresentação na perícia inicial de: 1) Planejamento cirúrgico emitido por especialistas em implantodontia; 2) Planejamento protético emitido por especialista em prótese dentária; 3) Termo de Autorização para Tratamento assinado pelo paciente, conforme Anexo II do Ato Deliberativo.			
76	Os materiais necessários à realização dos códigos 80128030, 80128050 e 80128060 (membranas, enxertos ósseos alógenos e xenógenos e enxertos aloplásticos) estão incluídos no valor dos procedimentos.			
77	Para os códigos 82000980, 85500011, 80128130, 85500062, 80128150, 80128160, 80128170, 80128180, 85500160 e 80128220 estão incluídos todos os componentes protéticos e procedimentos laboratoriais necessários, materiais de moldagem, ligas metálicas, soldas, ajustes oclusais.			
78	Para autorização dos códigos 80128150 e 80128160 será exigido, independentemente da técnica, no mínimo, quatro implantes na arcada superior e dois na arcada inferior. Os dentes serão em resina crílica.			

79	Para autorização dos códigos 80128180 e 85500160 será exigido, independentemente da técnica, no mínimo, seis implantes na arcada superior e quatro na arcada inferior. Os dentes serão em resina crítica.			
80	Para o faturamento da fase cirúrgica, o implantodontista deverá enviar ao STF, junto à via rosa da GTO relatório cirúrgico, contendo a(s) etiqueta(s) do(s) implante(s) ou enxerto(s) executado(s).			
81	Os códigos 82000980 a 80128080 só poderão ser realizados por especialista em implante.			
82	Os códigos 85500038 a 80128220 só poderão ser realizados por especialista em prótese.			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
82000980	1ª. Fase – Cirurgia para instalação do implante – por elemento.	3 anos	Inicial	800,00
82001138	2ª. Fase – Cirurgia para colocação do cicatrizador – por elemento.	3 anos	Inicial	200,00
80128030	Regeneração óssea guiada (por segmento).	3 anos	Inicial	800,00
80128050	Levantamento de seio maxilar com enxerto ósseo (por seio).	3 anos	Inicial	1500,00
80128060	Enxerto ósseo em bloco (por segmento).	3 anos	Inicial	1500,00
80128080	Cirurgia para remoção de implante.		Inicial	210,00
85500038	Prótese sobre implante em metalo-cerâmica – por elemento.	3 anos	Inicial	800,00
85500011	Coroa provisória sobre o implante – por elemento.		Inicial	250,00
80128120	Elemento suspenso (pôntico) de prótese sobre implantes em metalocerâmica – por elemento.	3 anos	Inicial	600,00
80128130	Elemento suspenso (pôntico) de prótese sobre implantes em resina acrílica – por elemento.	3 anos	Inicial	187,00
85500062	Guia cirúrgico para implante – por arcada.		Inicial	100,00
80128150	Overdenture sobre Implantes – Arcada superior.	3 anos	Inicial	2200,00
80128160	Overdenture sobre Implantes – Arcada inferior.	3 anos	Inicial	2000,00
80128170	Substituição de O'Ring/Barra ou parafuso – por elemento.	1 ano	Inicial	30,00
80128180	Prótese sobre implantes do tipo Protocolo - Arcada superior. Mínimo de seis implantes.	3 anos	Inicial	6500,00
85500160	Prótese sobre implantes do tipo Protocolo - Arcada inferior. Mínimo de quatro implantes.	3 anos	Inicial	6000,00
80128200	Remoção e manutenção de prótese sobre implante tipo protocolo.	1 ano	Inicial	200,00
80128210	Reacrilização de prótese tipo Protocolo.	3 anos	Inicial	2000,00
80128220	Reacrilização por elemento.	3 anos	Inicial	300,00
<b>DISFUNÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR</b>				
<b>nº.</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>			
83	O tratamento de disfunção têmporo-mandibular - DTM deverá ser realizado por Cirurgião-Dentista, devidamente inscrito como especialista em DTM no Conselho			

	Regional de Odontologia.			
84	A avaliação corresponde à fase inicial de investigação (composta de uma ou mais consultas) para diagnóstico e prognóstico com proposta de tratamento ou encaminhamento. Será formulado laudo conclusivo (contendo diagnóstico, duração provável do tratamento, plano de tratamento e prognóstico), enviado para perícia inicial para obtenção da autorização para o tratamento, se for o caso. Deverá ser enviado, juntamente ao laudo, a GTO devidamente preenchida, e o Termo de Autorização para Tratamento, conforme a observação geral letra A.			
85	No tratamento está incluso: administração de fármacos, infiltrações com anestésicos, placas estabilizadoras, placas reposicionadoras, reembasamento de placas, front-plateau, jig, ajustes oclusais, cinesioterapia, laserterapia e fisioterapia.			
86	Finalizado o tratamento, deverá ser encaminhado ao STF, junto à via rosa da GTO, relatório contendo o tratamento efetivamente realizado, os resultados conseguidos, o prognóstico do paciente e o número de sessões de manutenção mensal necessárias (até seis sessões).			
87	As manutenções deverão ser cobradas na GTO e deverão ser encaminhadas ao STF para autorização prévia.			
88	Após as sessões mensais de manutenção (no máximo seis), se houver necessidade de acompanhamento, poderá ser realizada uma sessão de manutenção, a cada seis meses, no limite máximo de três.			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
80139010	Avaliação para diagnóstico e plano de tratamento de DTM.			120,00
80139020	Tratamento de DTM.	2 anos	Inicial	924,00
80139030	Manutenção do tratamento de DTM.		Inicial	72,00
<b>ESTOMATOLOGIA/ PATOLOGIA BUCAL</b>				
<b>nº.</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>			
89	O valor estabelecido se refere ao exame de um único material. Assim sendo, múltiplos materiais de um mesmo paciente, deverão ser remunerados separadamente.			
90	Os códigos 40601013 a 80141110 só poderão ser realizados por especialista em estomatologia ou patologia bucal.			
<b>Código</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>Carência</b>	<b>Perícia</b>	<b>Valor em R\$</b>
40601013	Procedimento diagnóstico peroperatório sem deslocamento do patologista.		Inicial	111,01
40601030	Procedimento diagnóstico peroperatório com deslocamento do patologista.		Inicial	159,79
81000138	Procedimento diagnóstico em biópsia simples "imprint" e "cell block".		Inicial	51,00
40601323	Procedimento diagnóstico citopatológico em meio líquido.		Inicial	50,46
40601129	Procedimento diagnóstico citopatológico oncológico de líquidos e raspados de lesões bucais.		Inicial	50,46
80141050	Procedimento diagnóstico em revisão de lâminas ou cortes histológicos seriados.		Inicial	155,40

80141060	Procedimento diagnóstico em painel de imunoistoquímica (duas a cinco reações).		Inicial	410,60
80141070	Cultura para bactérias anaeróbicas.		Inicial	32,53
80141080	Antibiograma (teste de sensibilidade e antibióticos e quimioterápicos), r bactéria - não automatizado.		Inicial	25,60
81000170	Punção aspirativa ou coleta de raspado em lesões bucais.		Inicial	82,00
82000239	Biópsia.		Inicial	119,00
80141110	Biópsia intra-óssea.		Inicial	238,00

## ANEXO I

Tabela de Procedimentos de Ortodontia

ORTODONTIA			
Código	PROCEDIMENTOS	Valor de tabela (R\$)	Valor máximo para reembolso – 50%
86000098	Aparelho ortodôntico fixo total – arcada superior.	600,00	300,00
86000098	Aparelho ortodôntico fixo total – arcada inferior.	600,00	300,00
86000110	Aparelho ortodôntico parcial 4X2 ou 6X2 – arcada superior.	300,00	150,00
86000110	Aparelho ortodôntico parcial 4X2 ou 6X2 – arcada inferior.	300,00	150,00
86000357	Consulta de manutenção (limitada ao máximo de 24 consultas).	200,00	100,00
86000535	Placa labial ativa – PLA - ou Bumper removível inferior.	180,00	90,00
86000055	Aparelho extrabucal - AEB.	200,00	100,00
86000144	Arco lingual de Nance.	180,00	90,00
86000195	Botão de Nance fixo superior.	200,00	100,00
86000152	Barra transpalatina fixa ou removível arcada superior.	180,00	90,00
86000560	Quadri-hélix ou arco em W fixo arcada superior.	200,00	100,00
86000314	Grade palatina fixa.	200,00	100,00
86000276	Pendulum ou pendex de Higers com mola TMA fixo arcada superior.	275,00	137,50
86000284	Jones Jig – distalizador de molar fixo arcada superior.	280,00	140,00
86000330	Herbst encapsulado.	421,00	210,50
86000381	Máscara Facial / Sky Hock /Tração Reversa da Maxila.	200,00	100,00
86000225	Disjuntor palatino fixo tipo Haas, Hyrax ou McNamara fixo superior com parafuso expansor.	275,00	137,50
86000578	Frankel .	324,00	162,00
86000403	Bimler.	324,00	162,00
86000446	Planas.	324,00	162,00



80106230	Aparelho removível com alça de Bionator invertida.	319,00	159,50
80106240	Aparelho removível com alça de Escherler.	324,00	162,00
86000179	Bionator de Balters.	305,00	152,50
86000047	Aparelho de Thurow.	275,00	137,50
86000462	Placa de Hawley.	200,00	100,00
86000470	Placa de Hawley com torno expensor.	210,00	105,00
86000322	Grade palatina removível.	166,00	83,00
83000097	Mantenedor de espaço (fixo ou removível).	112,00	56,00
86000551	Plano inclinado	120,00	60,00
86000209	Aparelho de contenção 3X3 ou 4X4 arcada inferior.	133,00	66,50
80106350	Guia de erupção (ocluso-o-guide e similares)	600,00	300,00
80106360	Invisalign (tratamento completo)	1.500,00	750,00
86000039	APM - Aparelho de protaçoão mandibular e simalres fixos)	400,00	200,00
80106380	Sliding Jig (cursor) por unidade	200,00	100,00