

TABELA DE INTERCÂMBIO ESTADUAL
Valida para tratamentos executados a partir de 1º de fevereiro de 2004

TABELA INTERCAMBIO NACIONAL
TABELA INTERCAMBIO ESTADUAL

MODALIDADE
DE PLANOS

C	ANTES ANS
MO	APÓS LEI 9656/98
MO1	COM NOVOS PROCEDIMENTOS DO ROL ANS

CÓDIGO	ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS COD/DESCRIÇÃO	Uniodonto/Rs Federação			BRASIL
		C	MO	MO1	U.S.O.
100 - 190	CONSULTA/URGÊNCIAS				
110	Consulta Inicial: Exame clínico e plano de tratamento Orientação (a cada 6 meses)	57	57	57	57
	Obs: Não cobrar consulta não comparecida.				
	Não permitir cobrança.				
	Não precisa de autorização de consulta prévia.				
	Consulta só com exame clínico				
	Urgência/Emergência: Noturna, Sábado, Domingo, ou Feriado (incluindo procedimento abaixo).	189	189	189	
111	Curativo em caso de hemorragia bucal	189	189	189	189
112	Curativo em caso de odontalgia aguda / pulpectomia / necrose	189	189	189	189
113	Imobilização dentário temporária	189	189	189	189
114	Recimnetação de peça protética	189	189	189	189
115	Tretamento de alveolite	189	189	189	189
116	Colagem de fragmentos	189	189	189	189
117	Incisão e drenagem de abscesso extra oral	189	189	189	189
118	Incisão e drenagem de abscesso intra oral	189	189	189	189
119	Reimplante de dente avulsionado (por elemento)	189	189	189	189
110	Tratamento de gengivite Terapêutica Básica (2 arcadas)	189	189	189	não tem
110	Urgência de ENDO-Pulpectomia (Independente da sequência do Tratamento)	189	189	189	não tem
110	Recolocação de Rest. Metálica Fund. ou Coroas (incluída consulta)	189	189	189	não tem
	Urgência/Emergência Horário Normal (procedimento abaixo)				
121	Curativo em caso de hemorragia bucal	84	84	84	84
122	Curativo em caso de odontalgia aguda / pulpectomia / necrose	84	84	84	84
123	Imobilização dentário temporária	84	84	84	84
124	Recimentação de peça protética	84	84	84	84
125	Tratamento de alveolite	84	84	84	84
126	Colagem de fragmentos	84	84	84	84
127	Incisão e drenagem de abscesso extra-oral	84	84	84	84
128	Incisão e drenagem de abscesso intra-oral	84	84	84	84
129	Reimplante de dente avulsionado (por elemento)	84	84	84	84
120	Tratamento de gengivite Terapêutica Básica (2 arcadas)	84	84	84	não tem
120	Urgência de ENDO-Pulpectomia (Independente da sequência do Tratamento)	84	84	84	não tem
120	Recolocação de Rest. Metálica Fund. ou Coroas (incluída consulta)	84	84	84	não tem
130	Avaliação Técnica: Auditoria Inicial ou Final (Perícia Inicial ou Perícia Final)	84	84	84	57
200 - 390	RADIOLOGIA				
210	Radiografia Periapical (3)	47	47	47	40
215	Levantamento Periapical (a partir de 9 RX) (completo) (14)	não tem	312	312	360
220	Radiografia Interproximal (Bite-Wing)	47	47	47	40
225	Radiografia Interproximal (Bite-Wing) Série Completa (4RX)	não tem	98	98	160
230	Radiografia Oclusal	não tem	não tem	84	142
240	Rx Postero-Anterior	não tem	não tem	não tem	192
250	Rx da ATM Série Completa (três incidências)	não tem	não tem	não tem	305

260	Panorâmica	não tem	não tem	não tem	180
270	Telerradiografia Com Traçado Computadorizado	não tem	não tem	não tem	230
280	Telerradiografia Sem Traçado Computadorizado	não tem	não tem	não tem	192
290	Rx da Mão (Carpal)	não tem	não tem	não tem	192
300	Modelos Ortodônticos (par)	não tem	não tem	não tem	153
310	Slides (unidade)	não tem	não tem	não tem	53
320	Fotografia (unidade)	não tem	não tem	não tem	40
400 - 490	TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO				
410	Teste de Risco de Cárie, ph, Capac.Tampão ou Fluxo Salivar	não tem	não tem	não tem	0
500 - 590	PREVENÇÃO				
510	Profilaxia: Polimento coronário (quatro hemiarcadas- apenas 1 por tratamen.)* + Orientação	90	90	90	90
530	Aplicação Tópica de Fluor (incluindo profilaxia)* + Orientação (até 12 anos)	102	102	102	102
540	Controle de Placa Bacteriana (por sessão) (apenas 1 por tratamento)	não tem	73	73	73
600 - 890	ODONTOPEDIATRIA				
610	Aplicação Tópica Verniz / Fluor (4 hemiarcadas) + Orientação	não tem	não tem	não tem	133
620	Aplicação de Selante (por elemento) + Orientação (até 12 anos)	não tem	68	68	50
630	Aplicação de Selante-Técnica Invasiva (por elemento) Deciduo até 3 anos de idade - Permanente até 2 anos de erupção.	não tem	não tem	não tem	87
640	Aplicação de Cariostático - 1 sessão (4 hemiarcadas)	não tem	não tem	não tem	120
650	Remineralização - Fluóterapia c/ 4 sessões	não tem	não tem	não tem	193
660	Adequação do Meio Bucal c/ Ionômero de Vidro (por elemento)	não tem	não tem	não tem	15
670	Adequação do Meio Bucal c/ IRM (por elemento)	não tem	não tem	não tem	15
680	Restauração a Ionômero de Vidro (1 face)	não tem	não tem	não tem	101
690	Restauração Preventiva (ionômero + selante)	não tem	não tem	não tem	138
700	Coroa de Aço	não tem	não tem	não tem	230
710	Pulpectomia	210	210	210	não tem
710	Pulpotomia	168	168	168	185
720	Tratamento Endodôntico em Decíduos	210	210	210	230
730	Exodontia de Dentes Decíduos	87	87	87	87
740	Mantenedor de Espaço	não tem	não tem	não tem	694
760	Plano Inclinado	não tem	não tem	não tem	818
770	Condicionamento em Odontopediatria	não tem	não tem	não tem	72
900 - 1990	DENTÍSTICA				
910	Restauração de Amálgã - 1 face	92	92	92	96
911	Restauração de Superfície Radicular	121	121	121	96
920	Restauração de Amálgã - 2 faces	133	133	133	142
930	Restauração de Amálgã - 3 faces	180	180	180	194
940	Restauração de Amálgã - 4 faces o u mais	246	246	246	246
950	Restauração de Pino Intradentinário	235	235	235	235
960	Rest. Resina Fotopolimerizável - 1 face (Dentes Anteriores)	92	92	92	96
961	Rest. Resina Fotopolimerizável - 1 face (Dentes Posteriores)	92	92	92	96
970	Rest. Resina Fotopolimerizável - 2 faces (Dentes Anteriores)	133	133	133	142
971	Rest. Resina Fotopolimerizável - 2 faces (Dentes Posteriores)	133	133	133	142
980	Rest. Resina Fotopolimerizável - 3 ou + faces (Dentes Anteriores)	246	246	246	194
981	Rest. Resina Fotopolimerizável - 3 ou + faces (Dentes Posteriores)	246	246	246	194
985	Rest. Resina Foto Dente Anterior / Reconstrução Anatômica / Fratura	não tem	não tem	não tem	194
986	Rest. Resina Foto Dente Posterior / Reconstrução Anatômica / Fratura	não tem	não tem	não tem	194
990	Faceta Resina	não tem	não tem	não tem	285
1000	Núcleo de Preenchimento em Ionômero de Vidro	não tem	não tem	não tem	194
1010	Núcleo de Preenchimento Resina Fotopolimerizável	não tem	não tem	não tem	229
1020	Núcleo de Preenchimento em Amálgã	não tem	não tem	não tem	180
1030	Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo (por sessão)	não tem	não tem	não tem	235
1040	Pino de Retenção Intrarradiclar Pré-Fabricado	não tem	não tem	não tem	330
1060	Restauração Inlay e Onlay em Cerômero	não tem	não tem	não tem	1466
1070	Clareamento Dental c/ Moldeira Uso Caseiro p/ Dentes Vitalizados e Desvitaliz. p/ Arcada	não tem	não tem	não tem	800
	Obs: Limite de 284 U.S.O na restauração por dente nos anteriores				
	Limite de 246 U.S.O na restauração por dente nos posteriores				
2000 - 2990	ENDODONTIA				
2010	Tratamento Endodôntico Incisivo / Canino(RX Incluído Inicial Condometria e Final)	424	424	424	440
2020	Tratamento Endodôntico Pré-Mola(RX Incluído Inicial Condometria e Final)	534	534	534	560

2030	Tratamento Endodôntico Molar(RX Incluído Inicial Conometria e Final)	748	748	748	800
2040	Retratamento Endodôntico - Incisivos / Caninos (incluso remoção de obturação radicular)	não tem	não tem	não tem	523
2050	Retratamento Endodôntico - Pré-Molares (incluso remoção de obturação radicular)	não tem	não tem	não tem	726
2060	Retratamento Endodôntico - Molares (incluso remoção de obturação radicular)	não tem	não tem	não tem	1049
2070	Tratamento de Perfuração	não tem	não tem	não tem	309
2080	Remoção de Núcleo Intrarradicular (por elemento)	não tem	não tem	não tem	163
2110	Clareamento do Dente Desvitalizados (por elemento)	não tem	não tem	não tem	320
2130	Tratamento de Dentes c/ Rizogênese Incompleta (por sessão) máximo 3 sessões	não tem	não tem	não tem	169
2150	Remoção de Obturação Radicular (por conduto)	83	83	83	83
Mais Federação	Remoção de Prótese e ou Pino Metálico	não tem	163	163	não tem
	Obs: Incluídos Rx, capeamento e forramento polpar.				
3000 - 3990	PERIODONTIA (comprovada por RX)				
3010	Raspagem, Alisamento e Polimento Coronário (por arcada)(incluindo 510)(cada 6 meses)	não tem	não tem	não tem	90
3020	Raspagem, Alisamento e Polimento Coronário e Radicular (por elemento)	não tem	não tem	não tem	18
3050	Dessensibilização Dentária (por elemento)	não tem	não tem	não tem	12
3060	Imobilização Dentária c/ Resina Fotopolimerizável (3 dentes)	não tem	não tem	não tem	84
3090	Placa de Mordida Miorrelaxante	não tem	não tem	não tem	726
3110	Gingivectomia (por segmento) (por Hemi arcada)	não tem	não tem	não tem	335
3115	Cirurgia Aumento Coroa Clínica (recuperação do espaço bilógico/ p/ elemento)(C/RX)	não tem	não tem	não tem	340
3120	Cirurgia de Retalho (por segmento)	não tem	não tem	não tem	350
3130	Sepultamento Radicular (por Raiz)	não tem	não tem	não tem	379
3140	Cunha Distal	não tem	não tem	não tem	300
3150	Extensão de Vestíbulo (por segmento)	não tem	não tem	não tem	570
3160	Enxerto Pediculado (por segmento)	não tem	não tem	não tem	570
3170	Enxerto Livre (por segmento)	não tem	não tem	não tem	670
3180	Enxerto Conjuntivo Sebepitelial (novo código)	não tem	não tem	não tem	600
3200	Odonto-Secção (por elemento)	não tem	não tem	não tem	450
3210	Amputação Radicular sem Obturação Retrograda - Por Raiz	não tem	não tem	não tem	557
3220	Amputação Radicular com Obturação Retrograda - Por Raiz	não tem	não tem	não tem	690
3010	Raspagem Supra Gingival/Polimento Coronário (duas arcada)	148	148	148	não tem
3250	Raspagem Supra e Sub-Gingival + Polimento Coronário (por elemento)	não tem	12	12	não tem
3260	Curetagem de Bolsa Periodontal (por arcada)(incluído no 3020)	não tem	107	107	não tem
4000 - 4990	PRÓTESE				
4010	Planejamento em Prótese (mod. de estudo-par, montagem em articulador semi-ajustável)	não tem	não tem	não tem	262
4020	Encerramento de Diagnóstico (caso clínico)	não tem	não tem	não tem	130
4040	Restauração de Metálica Fundida	não tem	não tem	não tem	850
4050	Restauração Inlay e Onlay de Porcelana	não tem	não tem	não tem	1800
4060	Remoção de Restaurações Metálicas ou Coroas	não tem	não tem	não tem	134
4070	Recolocação de Restauração Metálica Fundida ou Coroas	não tem	não tem	não tem	84
4080	Núcleo Metálico Fundido	não tem	não tem	não tem	335
4090	Coroa Provisória	não tem	não tem	não tem	267
4100	Coroa Provisória Prensada em Resina	não tem	não tem	não tem	335
4120	Coroa de Jaqueta Acrílica	não tem	não tem	não tem	620
4130	Coroa de Jaqueta Cerâmica Pura	não tem	não tem	não tem	2000
4140	Coroa de Metal Cerâmica	não tem	não tem	não tem	1850
4150	Coroa de Venner	não tem	não tem	não tem	1350
4160	Coroa Total Metálica	não tem	não tem	não tem	850
4170	Coroa 3/4 ou 4/5	não tem	não tem	não tem	850
4180	Facetas Laminadas de Porcelana	não tem	não tem	não tem	2000
4190	Prótese Fixa em Metal Cerâmica (por elemento)	não tem	não tem	não tem	2000
4200	Prótese Fixa em Metal Plástica (por elemento)	não tem	não tem	não tem	1500
4210	Prótese Fixa Adesiva Direta	não tem	não tem	não tem	1244
4220	Prótese Fixa Adesiva Indereta em Metal Cerâmica (3 elementos)	não tem	não tem	não tem	3187
4230	Prótese Fixa Adesiva Indireta em Metal Plástica (3 elemento)	não tem	não tem	não tem	2620
4240	Prótese Parcial Removível Provisória em Acrílica C/ ou S/ Grampos	não tem	não tem	não tem	960
4250	Prótese Parcial Removível Com Grampos Bilateral	não tem	não tem	não tem	2000
4260	Prótese Parcial Removível Para Encaixes	não tem	não tem	não tem	2794
4270	Encaixe Macho e Fêmea (por elemento)	não tem	não tem	não tem	832
4280	Reembasamento de Prótese Total ou Parcial	não tem	não tem	não tem	500
4290	Prótese Total	não tem	não tem	não tem	2200
4300	Prótese Total Caracterizada	não tem	não tem	não tem	2500
4310	Prótese Total Imediata	não tem	não tem	não tem	2000
4320	Casquete de Moldagem	não tem	não tem	não tem	100

4330	Ponto de Solda	não tem	não tem	não tem	165
4340	Guia Cirúrgico para Prótese Imediata	não tem	não tem	não tem	400
4360	Jig ou Front-Platô	não tem	não tem	não tem	230
4370	Conserto em Prótese Total / Parcial Inclusive Substituição de Dentes	não tem	não tem	não tem	204
5000 - 5990	CIRURGIA (+ complexas comprovadas por RX) exceto 5010				
5010	Exodontia Simples (por elemento) Exodontia de Elemento Permanente	105	105	105	115
5020	Exodontia a Retalho Incluído RX	não tem	229	229	115
5030	Exodontia (raiz residual)	115	115	115	115
5040	Alveoloplastia (por segmento)	não tem	262	262	262
5050	Ulotomia	não tem	127	127	127
5060	Biópsia Exame + Biópsia	não tem	289	289	289
5090	Reconstrução Sulco Gengivo - labial	não tem	479	479	
5070	Sulcoplastia (por arcada)	não tem	330	330	330
5080	Cirurgia Para Torus Palatino	não tem	423	423	423
5090	Cirurgia Para Torus Mandibular - Unilateral	não tem	327	327	327
5100	Cirurgia Para Torus Mandibular - Bilateral	não tem	489	489	489
5110	Apicetomia Caninos ou Incisivos Apicetomia Unirradicular	não tem	430	430	439
5120	Apicetomia Caninos ou Incisivos - Com obturação Retrógrada	não tem	474	474	502
5130	Apicetomia Pré-Molares Apicetomia Birradicular	não tem	524	524	624
5140	Apicetomia Pré-Molares - Com obturação retrógrada	não tem	559	559	593
5150	Apicetomia Molares Apicetomia Trirradicular	não tem	598	598	627
5160	Apicetomia Molares - Com obturação Retrógrada	não tem	629	629	701
5170	Frenectomia ou Bridectomia/Lingual (labial / lingual)	não tem	230	230	260
5180	Remoção de Dentes Retidos (Inclusos ou Impactados)(incluído Rx)	486	486	486	600
5185	Remoção de Dentes Retidos (Semi Inclusos)(incluído Rx)	não tem	não tem	não tem	300
5190	Cirurgia Odontoma e Osteoma	não tem	não tem	não tem	660
5220	Remoção do Corpo Estranho no Seio Maxilar	não tem	não tem	não tem	600
5270	Exisão de Rânula	não tem	300	300	380
5300	Excisão de Mucocele de Desenvolvimento	não tem	772	772	250
5320	Ulectomia	não tem	156	156	156
5650	Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução cruenta	não tem	510	510	510
5660	Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução Incruenta	não tem	266	266	266
5320	Correção de Bidas Musculares	não tem	289	289	não tem
6000 - 6990	ORTODONTIA				
6150	Aparelho + Manutenção Ortodôntica	não tem	não tem	não tem	420
6160	Aparelho + Manutenção Ortodôntica (cerâmico)	não tem	não tem	não tem	596
	Documentação Ortodôntica (Tipo 1)				
6170	Telerradiografia com 1Traçado, RX Panorâmica, Modelos de Estudos, 5 Fotos, Pasta ortodôntica e Caixa de modelos	não tem	não tem	não tem	550
	Documentação Ortodôntica (Tipo 2)				
6180	Telerradiografia com 1Traçado, RX Panorâmica, Modelos de Estudos, 8 Fotos, Pasta ortodôntica , Caixa de Modelos, 4 Rx Periapicais, 4 Traçados, 6 Slides e 2 Rx Bite Wing	não tem	não tem	não tem	700
6190	Reposição de Aparelho Móvel por Perda	não tem	não tem	não tem	300
6200	Reposição de Brackets	não tem	não tem	não tem	30