

TABELA ODONTOLÓGICA 2017

FACEB

Fundação de Previdência dos Empregados da CEB

VIGÊNCIA A PARTIR DE 26/03/2017

Conteúdo

DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO TÉCNICA	3
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	4
RADIOLOGIA	5
TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO	6
PREVENÇÃO	7
ODONTOPEDIATRIA.....	8
DENTÍSTICA	9
ENDODONTIA	10
PERIODONTIA.....	11
PRÓTESE	12
CIRURGIA.....	13

Código do Serviço	DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO TÉCNICA	Valor (R\$)
81000065	Consulta odontológica inicial	31,16
81000049	Consulta Odontológica de Urgência	37,83
81000073	Consulta Odontológica para Avaliação técnica de Auditoria / Perícia	47,85
81000073	Consulta Odontológica para Avaliação técnica de Auditoria / Perícia	47,85

Fundação de Previdência dos Empregados da CEB

SCS, Quadra 4, Bloco A, Lotes 141/153, Ed. Faceb, 6º andar

CEP: 70304-905 - Brasília/DF

Fone: (61) 3312-0201 | CNPJ: 00.469.585/0001-93



Código do Serviço	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Valor (R\$)
85100048	Colagem de Fragmentos Dentários	59,91
82000468	Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em Região Buco-maxilo-facial	59,91
82000484	Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em Região buco-maxilo-facial	59,91
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	34,43
82001251	Reimplante de dente avulsionado com contenção	103,25

Código do Serviço	RADIOLOGIA	Valor (R\$)
81000421	Radiografia periapical	10,96
81000375	Radiografia interproximal – bite-wing	10,96
81000383	Radiografia oclusal	23,28
81000405	Radiografia Panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia)	45,19

OBSERVAÇÕES SOBRE RADIOLOGIA

01. Radiografia Panorâmica é liberada 01 (uma) por ano, para cada paciente;
02. Os códigos 81000421 e 81000375 - série completa: (14 radiografias periapicais e 04 interproximais), serão executados somente por clínicas radiológicas;

Fundação de Previdência dos Empregados da CEB

SCS, Quadra 4, Bloco A, Lotes 141/153, Ed. Faceb, 6° andar

CEP: 70304-905 - Brasília/DF

Fone: (61) 3312-0201 | CNPJ: 00.469.585/0001-93



Código do Serviço	TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO	Valor (R\$)
84000252	Teste de PH Salivar	28,93
84000244	Teste fluxo salivar	28,93

Código do Serviço	PREVENÇÃO	Valor (R\$)
84000198	Profilaxia – polimento coronário	38,94
84000090	Aplicação Tópica de Flúor	31,16
85300047	Raspagem supra-gengival	51,73
84000163	Controle de Biofilme (Placa Bacteriana)	27,82

OBSERVAÇÃO SOBRE PREVENÇÃO

Os procedimentos de Prevenção têm garantia de 06 (seis) meses.

Código do Serviço	ODONTOPEDIATRIA	Valor (R\$)
84000112	Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado	36,15
84000074	Aplicação de Selante de Fossulas e Fissuras	22,25
84000058	Aplicação de Selante – Técnica Invasiva	18,30
84000031	Aplicação de Cariostático	27,38
84000201	Remineralização	36,31
85100137	Restauração em Ionômero de vidro	22,88
83000135	Restauração Atraumática em dente decíduo	26,32
83000046	Coroa de Aço em dente decíduo	82,16
85100013	Capeamento Pulpar direto	32,03
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	54,78
83000151	Tratamento Endodôntico em dente decíduo	66,76
83000089	Exodontia de Decíduos	39,82
81000014	Condicionamento em Odontologia	22,25
82001707	Ulectomia	52,30
87000024	Atividade Educativa para Pais e/ou cuidadores	20,03
85100242	Adequação do Meio Bucal (com Diretriz de Utilização)	46,14

OBSERVAÇÕES SOBRE ODONTOPEDIATRIA

01. A aplicação tópica de verniz tem garantia de 06 (seis) meses;
02. A aplicação de selante é por dente e só é autorizado para paciente com idade inferior a 14 (quatorze) anos e somente em molares e pré-molares, independente da técnica. O período de garantia é de 02 (dois) anos;
03. O condicionamento, que é a adaptação da criança ao consultório, é considerado o valor total das sessões. Liberado somente com justificativa, e uma única vez por paciente;
04. A atividade educativa para pais e/ou cuidadores é paga uma única vez para o beneficiário do plano CEB/FACEB.

Código do Serviço	DENTÍSTICA	Valor (R\$)
85100099	Restauração de Amálgama - 1 face	32,87
85100102	Restauração de Amálgama - 2 faces	38,34
85100110	Restauração de Amálgama - 3 faces	46,01
85100129	Restauração de Amálgama - 4 faces	58,88
85100196	Restauração de Resina Fotopolimerizável - 1 faces	40,06
85100200	Restauração de Resina Fotopolimerizável - 2 faces	43,40
85100064	Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável	55,64
85400211	Núcleo de Preenchimento	36,03
85300020	Imobilização Dentária em Dentes Permanentes	57,86
85100137	Restauração em Ionômero de vidro – 1 face	51,93
85100145	Restauração em Ionômero de vidro – 2 faces	51,93
85100153	Restauração em Ionômero de vidro – 3 faces	51,93

OBSERVAÇÕES SOBRE DENTÍSTICA

01. Para todo tipo de restauração, as faces envolvidas devem estar marcadas no odontograma e especificadas na descrição da GTO - Guia de Tratamento Odontológico;
02. Na dentística, toda a restauração, independente do material utilizado, possui garantia de 02 (dois) anos.

Código do Serviço	ENDODONTIA	Valor (R\$)
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	100,14
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	166,91
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	211,41
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	200,29
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	222,54
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	278,18
85200123	Tratamento de Perfuração Endodontica	60,54
85200077	Remoção de Núcleo Intrarradicular	55,64
85200042	Pulpotomia	54,78
85200131	Tratamento Endodôntico de Dente com Rizogenese Incompleta	16,01
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	109,68
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	38,81

OBSERVAÇÃO SOBRE ENDODONTIA

O tratamento endodôntico, bem como o retratamento, tem garantia de 03 (três) anos.

Código do Serviço	PERIODONTIA	Valor (R\$)
85300039	Raspagem sub-gengival / alisamento radicular	41,08
85300063	Tratamento de Abscesso Periodontal Agudo	55,64
85300012	Dessensibilização Dentária - p/ segmento	21,14
85300055	Remoção Fatores de Retenção do Biofilme Dental e Placa Bacteriana	34,32
82000921	Gengivectomia	130,09
82000417	Cirurgia Periodontal a Retalho	130,09
82000557	Cunha proximal	66,76
82000190	Aprofundamento / Aumento de vestibulo	80,08
82000689	Enxerto pediculado	122,92
82000662	Enxerto gengival livre	122,92
82001073	Odonto-secção	77,89
82000069	Amputação Radicular s/ Obturação Retrógrada	80,08
82000050	Amputação Radicular c/ Obturação Retrógrada	89,23
82000212	Aumento de Coroa Clínica	91,55
82000948	Gengivoplastia	91,56
82001685	Tunelização (com Diretriz de Utilização)	234,10

Código do Serviço	PRÓTESE	Valor (R\$)
85400556	Restauração metálica fundida	175,28
85400505	Remoção de Trabalho Protético	34,24
85400467	Recimentação de Trabalho Protético	22,25
85400220	Núcleo metálico fundido	111,27
85400084	Coroa Provisória sem Pino	57,52
85400076	Coroa Provisória com Pino	144,65
85400475	Reembasamento de Coroa Provisória	31,16
85400149	Coroa total metálica	191,71
85400262	Pino Pré-fabricado	93,48
85400017	Ajuste Oclusal por Acréscimo	89,75
85400025	Ajuste Oclusal por Desgaste Seletivo	89,75

OBSERVAÇÃO SOBRE PRÓTESE

Os procedimentos de prótese têm garantia de 03 (três) anos.

Código do Serviço	CIRURGIA	Valor (R\$)
82000298	Bridectomia	68,63
82000875	Exodontia Simples de Permanente	55,64
82000816	Exodontia a Retalho	72,33
82000859	Exodontia de Raiz Residual	65,73
82000034	Alveoloplastia	62,31
82000239	Biópsia de Boca	65,05
82000247	Biópsia de Glândula Salivar	65,05
82000255	Biópsia de Lábio	65,05
82000263	Biópsia de Língua	65,05
82000271	Biópsia de Mandíbula	65,05
82000280	Biópsia de Maxila	65,05
82001154	Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial	77,89
82000182	Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada	122,40
82000174	Apicetomia Unirradiculares com Obturação Retrógrada	144,65
82000085	Apicetomia Birradiculares sem Obturação Retrógrada	155,78
82000077	Apicetomia Birradiculares com Obturação Retrógrada	200,29
82000166	Apicetomia Multirradiculares sem Obturação Retrógrada	222,54
82000158	Apicetomia Multirradiculares com Obturação Retrógrada	255,92
82000883	Frenulectomia labial	77,89
82000905	Frenulotomia labial	77,89
82000891	Frenulectomia lingual	123,24
82000913	Frenulotomia lingual	120,51
82001286	Remoção de Dentes Inclusos / Impactados	172,47
82001367	Remoção de Odontoma	172,47
82001596	Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Osseos/Cartinagiliosos na Região Buco-Maxilo-Facial-Osteoma	164,32
82000794	Exerese ou Excisão de Mucoccele	267,31
82000778	Exerese ou Excisão de Cálculo Salivar	158,75
82001022	Incisão e Drenagem Extra-Oral de Abscesso, Hematoma e/ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	55,64
82000301	Bridotomia	148,47
82000352	Cirurgia para Exostose Maxilar	148,06
82000360	Cirurgia para Torus Mandibular	246,76
82000395	Cirurgia para Torus Palatino	148,06
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	80,14
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	87,91
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	87,91
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	87,91
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial	87,91
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	87,91

Fundação de Previdência dos Empregados da CEB

SCS, Quadra 4, Bloco A, Lotes 141/153, Ed. Faceb, 6° andar

CEP: 70304-905 - Brasília/DF

Fone: (61) 3312-0201 | CNPJ: 00.469.585/0001-93



82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica	107,70
82000743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	202,47

82000786	Exérese de pequenos cistos de mandíbula/maxila (com Diretriz de Utilização)	205,65
82000808	Exérese ou excisão de rânula	651,22
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	84,93
82000905	Frenotomia/frenulotomia labial	151,85
82000913	Frenotomia/frenulotomia lingual	151,85
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	87,92
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	147,36
82001197	Redução de luxação da atm (com Diretriz de Utilização)	115,42
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	99,07
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	138,86
82001308	Remoção de dreno extra-oral	80,99
82001316	Remoção de dreno intra-oral	80,99
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial (com Diretriz de Utilização)	80,99
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal (com Diretriz de Utilização)	247,68
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal (com Diretriz de Utilização)	247,68
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (com Diretriz de Utilização)	202,47
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial (com Diretriz de Utilização)	202,46
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal (com Diretriz de Utilização)	247,68
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal (com Diretriz de Utilização)	247,68
82001634	Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução (com Diretriz de Utilização)	253,08
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (com Diretriz de Utilização)	228,92
82001650	Tratamento de alveolite	59,91
82001715	Ulotomia	75,92

OBSERVAÇÕES SOBRE CIRURGIA

01. Não é permitida a cobrança de consulta quando o paciente retornar para acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia;
02. Todo procedimento cirúrgico deve estar acompanhado de radiografia inicial e final para as devidas avaliações técnicas;
03. Quando a exodontia for solicitada por ortodontista, o pedido deve sempre estar anexo à GTO-Guia de Tratamento Odontológico.