

| COD. RHOUS | DESCRIÇÃO RHOUS | PERICIA_INICIAL | PERICIA_FINAL |
|-------------|--|-----------------|---------------|
| 85.40.001-7 | Ajuste oclusal por acréscimo | NÃO | NÃO |
| 85.40.002-5 | AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO | NÃO | NÃO |
| 82.00.003-4 | ALVEOLOPLASTIA (POR SEGMENTO) | NÃO | SIM |
| 82.00.005-0 | AMPUTACAO RADICULAR COM OBTURACAO RETROGRADA | NÃO | SIM |
| 82.00.006-9 | AMPUTACAO RADICULAR SEM OBTURACAO RETROGRADA | NÃO | SIM |
| 82.00.007-7 | APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGADA | NÃO | SIM |
| 82.00.008-5 | APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGADA | NÃO | SIM |
| 82.00.015-8 | APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGADA | NÃO | SIM |
| 82.00.016-6 | APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGADA | NÃO | SIM |
| 82.00.017-4 | APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURACAO RETROGADA | NÃO | SIM |
| 82.00.018-2 | APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURACAO RETROGADA | NÃO | SIM |
| 84.00.003-1 | APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE) | NÃO | NÃO |
| 84.00.007-4 | APLICACAO DE SELANTE DE FOSSULAS E FISSURAS | NÃO | NÃO |
| 84.00.011-2 | Aplicação de verniz fluoretado | NÃO | NÃO |
| 84.00.009-0 | APLICACAO TOPICA DE FLUOR | NÃO | NÃO |
| 82.00.019-0 | APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTIBULO | NÃO | NÃO |
| 87.00.002-4 | Atividade educativa em Odontologia para pais e/ou cuidadores de pacien | NÃO | NÃO |
| 84.00.013-9 | ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAUDE BUCAL | NÃO | NÃO |
| 82.00.021-2 | AUMENTO DE COROA CLINICA | NÃO | SIM |
| 82.00.023-9 | BIOPSIA DE BOCA | NÃO | NÃO |
| 82.00.024-7 | BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAR | NÃO | NÃO |
| 82.00.025-5 | BIOPSIA DE LABIO | NÃO | NÃO |
| 82.00.026-3 | BIOPSIA DE LINGUA | NÃO | NÃO |
| 82.00.027-1 | BIOPSIA DE MANDIBULA | NÃO | NÃO |
| 82.00.028-0 | BIOPSIA DE MAXILA | NÃO | NÃO |
| 82.00.029-8 | BRIDECTOMIA(POR HEMI-ARCADA) | NÃO | NÃO |
| 82.00.030-1 | BRIDOTOMIA(POR HEMI-ARCADA) | NÃO | NÃO |
| 85.10.001-3 | CAPEAMENTO PULPAR DIRETO | NÃO | NÃO |
| 82.00.035-2 | CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR | NÃO | SIM |
| 82.00.036-0 | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - BILATERAL | NÃO | SIM |
| 82.00.038-7 | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR - UNILATERAL | NÃO | SIM |
| 82.00.039-5 | CIRURGIA PARA TORUS PALATINO | NÃO | SIM |
| 82.00.041-7 | CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO (POR SEGMENTO) | NÃO | SIM |
| 85.20.001-8 | CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO | NÃO | SIM |
| 85.10.004-8 | COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTARIOS | NÃO | NÃO |
| 82.00.044-1 | COLETA DE RASPADO EM LESOES OU SITIOS ESPECIFICOS DA REGIAO BUCO-MAXIL | NÃO | NÃO |
| 81.00.001-4 | CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA | NÃO | NÃO |
| 85.40.003-3 | CONCERTO EM PROTESE PARCIAL REMOVIVEL (EM CONSULTORIO E EM LABORATORIO | NÃO | NÃO |
| 85.40.005-0 | CONCERTO EM PROTESE TOTAL (EM CONSULTORIO E EM LABORATORIO) | NÃO | NÃO |
| 81.00.003-0 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | NÃO | NÃO |
| 81.00.004-9 | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGENCIA(HORARIO NORMAL) | NÃO | SIM |
| 81.00.005-7 | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGENCIA 24 HS (HORARIO NOTURNO DAS 22 AS 06H | NÃO | SIM |
| 81.00.007-3 | CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIACAO TECNICA DE AUDITORIA | NÃO | NÃO |
| 84.00.016-3 | CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA) | NÃO | NÃO |
| 82.00.046-8 | CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICACAO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIAO | NÃO | NÃO |
| 82.00.048-4 | Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região | NÃO | NÃO |
| 82.00.050-6 | CONTROLE POS-OPERATORIO EM ODONTOLOGIA | NÃO | NÃO |
| 83.00.002-0 | COROA DE ACETADO EM DENTE DECIDUO | NÃO | NÃO |
| 87.00.004-0 | COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE | NÃO | NÃO |
| 83.00.004-6 | COROA DE ACO EM DENTE DECIDUO | NÃO | NÃO |
| 87.00.005-9 | COROA DE ACO EM DENTE PERMANENTE | NÃO | NÃO |
| 83.00.006-2 | COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECIDUO | NÃO | NÃO |
| 87.00.006-7 | COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE | NÃO | NÃO |
| 85.40.007-6 | COROA PROVISORIA COM PINO | NÃO | SIM |
| 85.40.008-4 | COROA PROVISORIA SEM PINO | NÃO | SIM |
| 85.40.014-9 | COROA TOTAL METALICA | NÃO | SIM |
| 82.00.055-7 | CUNHA PROXIMAL | NÃO | NÃO |
| 85.30.001-2 | DESENSIBILIZACAO DENTARIA (POR ARCADA) | NÃO | NÃO |
| 81.00.024-3 | DIAGNOSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO | NÃO | NÃO |
| 82.00.064-6 | ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL | NÃO | NÃO |
| 82.00.066-2 | ENXERTO GENGIVAL LIVRE | NÃO | NÃO |
| 82.00.068-9 | ENXERTO PEDICULADO | NÃO | NÃO |
| 87.00.014-8 | Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica | NÃO | NÃO |
| 82.00.077-8 | EXERESE OU EXCISAO DE CALCULO SALIVAR | NÃO | NÃO |
| 82.00.079-4 | EXERESE OU EXCISAO DE MUCOCELE | NÃO | NÃO |
| 82.00.080-8 | EXERESE OU EXCISAO DE RANULA | NÃO | NÃO |
| 82.00.081-6 | EXODONTIA A RETALHO | NÃO | SIM |
| 82.00.083-2 | Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética | NÃO | NÃO |
| 82.00.085-9 | EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL | NÃO | SIM |
| 83.00.008-9 | EXODONTIA SIMPLES DE DECIDUO | NÃO | NÃO |
| 82.00.087-5 | EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE | NÃO | SIM |

| | | | |
|-------------|--|-----|-----|
| 85.10.006-4 | FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL | NÃO | NÃO |
| 81.00.027-8 | FOTOGRAFIA | NÃO | NÃO |
| 82.00.090-5 | Frenotomia/Frenulotomia labial | NÃO | NÃO |
| 82.00.091-3 | Frenotomia/Frenulotomia lingual | NÃO | NÃO |
| 82.00.088-3 | FRENULECTOMIA LABIAL | NÃO | NÃO |
| 82.00.089-1 | FRENULECTOMIA LINGUAL | NÃO | NÃO |
| 82.00.092-1 | GENGIVECTOMIA (POR SEGMENTO) | NÃO | NÃO |
| 82.00.094-8 | GENGIVOPLASTIA (POR SEGMENTO) | NÃO | NÃO |
| 85.50.006-2 | GUIA CIRURGICO PARA IMPLANTE | NÃO | NÃO |
| 85.40.020-3 | GUIA CIRURGICO PARA PROTESE TOTAL IMEDIATA | NÃO | NÃO |
| 85.00.078-7 | IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES DECIDUOS (POR SEGMENTO) | NÃO | NÃO |
| 85.30.002-0 | IMOBILIZACAO DENTARIA EM DENTES PERMANENTES (POR SEGMENTO) | NÃO | NÃO |
| 82.00.102-2 | INCISAO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA, FLEGMAO DA REGIAO | NÃO | NÃO |
| 82.00.103-0 | INCISAO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA, FLEGMAO DA REGIAO | NÃO | NÃO |
| 90.99.001-3 | KIT ORTODONTICO | NÃO | SIM |
| 90.99.002-1 | KIT PLANEJAMENTO EM PROTESE/DTM(DOR OROFACIAL E DISFUNCAO TEMPORO-MAND | NÃO | NÃO |
| 81.00.029-4 | LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (EXAME RADIODONTICO) | NÃO | NÃO |
| 86.00.035-7 | MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO - APARELHO FIXO | NÃO | NÃO |
| 86.00.036-5 | MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO - APARELHO ORTOPEDICO | NÃO | NÃO |
| 86.00.037-3 | MANUTENCAO DE APARELHO ORTODONTICO - APARELHO REMOVIVEL | NÃO | NÃO |
| 81.00.030-8 | MODELOS ORTODONTICOS | NÃO | NÃO |
| 85.40.021-1 | NUCLEO DE PREENCHIMENTO | NÃO | NÃO |
| 82.00.107-3 | ODONTO-SECCAO | NÃO | SIM |
| 85.40.024-6 | ORTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA) | NÃO | SIM |
| 85.40.026-2 | PINO PRE-FABRICADO | NÃO | SIM |
| 86.00.043-8 | PISTAS DIRETAS DE PLANAS - SUPERIOR E INFERIOR | NÃO | NÃO |
| 85.20.002-6 | PREPARO PARA NUCLEO INTRARADICULAR | NÃO | NÃO |
| 84.00.019-8 | PROFILAXIA - POLIMENTO CORONARIO | NÃO | NÃO |
| 85.40.038-6 | PROTESE PARCIAL REMOVIVEL COM GRAMPOS BILATERAL | NÃO | SIM |
| 85.40.039-4 | PROTESE PARCIAL REMOVIVEL PROVISORIA EM ACRILICO COM OU SEM GRAMPOS | NÃO | SIM |
| 85.20.003-4 | PULPECTOMIA | NÃO | NÃO |
| 85.20.004-2 | PULPOTOMIA | NÃO | NÃO |
| 83.00.012-7 | PULPOTOMIA EM DENTE DECIDUO | NÃO | NÃO |
| 82.00.110-3 | PUNCAO ASPIRATIVA NA REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL | NÃO | NÃO |
| 81.00.032-4 | RADIOGRAFIA ANTERO-POSTERIOR | NÃO | NÃO |
| 81.00.034-0 | RADIOGRAFIA DA ATM | NÃO | NÃO |
| 81.00.036-7 | RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO - CARPAL | NÃO | NÃO |
| 81.00.037-5 | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING | NÃO | NÃO |
| 81.00.038-3 | RADIOGRAFIA OCLUSAL | NÃO | NÃO |
| 81.00.040-5 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA/MAXILA(ORTOPANTOMOGRFIA) | NÃO | NÃO |
| 81.00.041-3 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA/MAXILA(ORTOPANTOMOGRFIA) COM TRAC | NÃO | NÃO |
| 81.00.042-1 | RADIOGRAFIA PERIAPICAL | NÃO | NÃO |
| 85.30.003-9 | RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR (POR SEGMENTO) | NÃO | SIM |
| 85.30.004-7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL (POR SEGMENTO) | NÃO | NÃO |
| 85.40.046-7 | RECIMENTACAO DE TRABALHOS PROTETICOS | NÃO | NÃO |
| 82.00.118-9 | REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA ALVEOLO DENTARIA | NÃO | SIM |
| 82.00.117-0 | REDUCAO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLO DENTARIA | NÃO | SIM |
| 82.00.119-7 | REDUCAO SIMPLES DE LUXACAO DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR - ATM | NÃO | NÃO |
| 85.40.047-5 | Reembasamento de coroa provisória | NÃO | NÃO |
| 85.40.048-3 | REEMBASAMENTO DE PROTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO (EM CONSULTORIO) | NÃO | NÃO |
| 85.40.049-1 | REEMBASAMENTO DE PROTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (EM LABORATORIO) | NÃO | NÃO |
| 82.00.125-1 | REIMPLANTE DENTARIO COM CONTENCAO | NÃO | NÃO |
| 84.00.020-1 | REMINERALIZACAO (POR DENTE) | NÃO | NÃO |
| 85.20.005-0 | REMOCAO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL | NÃO | SIM |
| 82.00.139-1 | REMOCAO DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIAO BUCOMAXILO | NÃO | SIM |
| 82.00.128-6 | REMOCAO DE DENTES INCLUSOS /IMPACTADOS | NÃO | SIM |
| 82.00.129-4 | REMOCAO DE DENTES SEMI-INCLUSOS /IMPACTADOS | NÃO | SIM |
| 82.00.130-8 | Remoção de dreno extra-oral | NÃO | NÃO |
| 82.00.131-6 | Remoção de dreno intra-oral | NÃO | NÃO |
| 85.20.007-7 | REMOCAO DE NUCLEO INTRARRADICULAR | NÃO | SIM |
| 85.40.050-5 | REMOCAO DE TRABALHO PROTETICO | NÃO | NÃO |
| 85.30.005-5 | REMOCAO DOS FATORES DE RETENCAO DE BIOFILME DENTAL - PLACA BACTERIANA | NÃO | NÃO |
| 85.10.019-6 | RESTAURACAO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - 1 FACE | NÃO | NÃO |
| 85.10.020-0 | RESTAURACAO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - 2 FACES | NÃO | NÃO |
| 85.10.021-8 | RESTAURACAO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - 3 FACES | NÃO | NÃO |
| 85.10.022-6 | RESTAURACAO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL - 4 FACES | NÃO | NÃO |
| 83.00.013-5 | RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE DECIDUO | NÃO | NÃO |
| 85.10.008-0 | RESTAURACAO ATRAUMATICA EM DENTE PERMANENTE | NÃO | NÃO |
| 85.10.009-9 | RESTAURACAO DE AMALGAMA - 1 FACE | NÃO | NÃO |
| 85.10.010-2 | RESTAURACAO DE AMALGAMA - 2 FACES | NÃO | NÃO |
| 85.10.011-0 | RESTAURACAO DE AMALGAMA - 3 FACES | NÃO | NÃO |
| 85.10.012-9 | RESTAURACAO DE AMALGAMA - 4 FACES | NÃO | NÃO |
| 85.10.013-7 | RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 1 FACE | NÃO | NÃO |
| 85.10.014-5 | RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 2 FACES | NÃO | NÃO |

| | | | |
|-------------|--|-----|-----|
| 85.10.015-3 | RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 3 FACES | NÃO | NÃO |
| 85.10.016-1 | RESTAURACAO EM IONOMERO DE VIDRO - 4 FACES | NÃO | NÃO |
| 85.40.055-6 | RESTAURACAO METALICA FUNDIDA (RMF) | NÃO | SIM |
| 85.20.008-5 | RESTAURACAO TEMPORARIA/TRATAMENTO EXPECTANTE | NÃO | NÃO |
| 85.20.009-3 | RETRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR | NÃO | SIM |
| 85.20.010-7 | RETRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR | NÃO | SIM |
| 85.20.011-5 | RETRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR | NÃO | SIM |
| 82.00.149-9 | SUTURA DE FERIDA EM REGIAO BUCO-MAXILO-FACIAL | NÃO | SIM |
| 81.00.047-2 | TELERRADIOGRAFIA | NÃO | NÃO |
| 81.00.048-0 | TELERRADIOGRAFIA COM TRACADO CEFALOMETRICO | NÃO | NÃO |
| 84.00.025-2 | TESTE DE PH SALIVAR | NÃO | NÃO |
| 84.00.022-8 | TESTE DE CAPACIDADE TAMPAO DA SALIVA | NÃO | NÃO |
| 84.00.024-4 | TESTE DE FLUXO SALIVAR | NÃO | NÃO |
| 90.99.003-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ATM - BILATERAL(PACOTE) | NÃO | SIM |
| 90.99.004-8 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ATM - UNILATERAL(PACOTE) | NÃO | SIM |
| 90.99.005-6 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE(PACOTE) | NÃO | SIM |
| 81.00.051-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - (1 SEGMENTO) | NÃO | SIM |
| 81.00.052-9 | TOMOGRAFIA CONVENCIONAL - LINEAR OU MULTI-DIRECIONAL (1 SEGMENTO) | NÃO | SIM |
| 90.99.006-4 | TOMOGRAFIA ODONTOLOGICA COMPUTADORIZADA - BOCA TOTAL | NÃO | SIM |
| 90.99.007-2 | TOMOGRAFIA ODONTOLOGICA COMPUTADORIZADA - 2 SEGMENTOS(PACOTE) | NÃO | SIM |
| 90.99.008-0 | TOMOGRAFIA ODONTOLOGICA COMPUTADORIZADA - ARCADA(PACOTE) | NÃO | SIM |
| 81.00.053-7 | TRACADO CEFALOMETRICO | NÃO | NÃO |
| 82.00.152-9 | TRATAMENTO CIRURGICO DAS FISTULAS BUCO-SINUSAL | NÃO | SIM |
| 82.00.151-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DAS FISTULAS BUCO-NASAL | NÃO | SIM |
| 85.30.006-3 | TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO (POR SEGMENTO) | NÃO | NÃO |
| 82.00.165-0 | TRATAMENTO DE ALVEOLITE | NÃO | NÃO |
| 85.20.012-3 | TRATAMENTO DE PERFURACAO ENDODONTICA | NÃO | SIM |
| 85.20.014-0 | TRATAMENTO ENDODONTICO BIRRADICULAR | NÃO | SIM |
| 85.20.013-1 | TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTE COM RIZOGENESE INCOMPLETA | NÃO | SIM |
| 83.00.015-1 | TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO | NÃO | SIM |
| 85.20.015-8 | TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR | NÃO | SIM |
| 85.20.016-6 | TRATAMENTO ENDODONTICO UNIRRADICULAR | NÃO | SIM |
| 82.00.168-5 | TUNELIZACAO | NÃO | NÃO |
| 82.00.170-7 | ULECTOMIA | NÃO | NÃO |
| 82.00.171-5 | ULOTOMIA | NÃO | NÃO |