

TABELA DE PREÇOS PÚBLICOS REFERENCIAIS DO CISCEL PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA AOS ENTES CONSORCIADOS.

Grupo: ODONTOLOGIA		Estabelecimento CISCEL	Estabelecimento do prestador	Unid. de Saúde do município
1	APROFUNDAMENTO DE SACO VESTIBULO POR SEXTANTE	N/A	R\$ 300,00	N/A
2	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	N/A	R\$ 250,00	N/A
3	BIOPSIA EM CAVIDADE ORAL	N/A	R\$ 380,00	N/A
4	CIRURGIA PRE-PROTETICA ANTERO SUPERIOR	N/A	R\$ 520,00	N/A
5	CONSULTA ODONTOLOGICA	N/A	R\$ 70,00	N/A
6	COROA PROVISÓRIA ANTERIOR	N/A	R\$ 220,00	N/A
7	COROA PROVISÓRIA POSTERIOR	N/A	R\$ 210,00	N/A
8	COROA SOLIDEX ARTIGLAS DENTES ANTERIORES	N/A	R\$ 550,00	N/A
9	ENDODONTIA DE DENTES ANTERIORES	N/A	R\$ 550,00	N/A
10	ENDODONTIA DE MOLARES	N/A	R\$ 650,00	N/A
11	ENDODONTIA DE PRE- MOLARES	N/A	R\$ 610,00	N/A
12	ENDODONTIA DECIDUO	N/A	R\$450,00	N/A
13	ENXERTO OSSEO POR QUADRANTE	N/A	R\$ 411,00	N/A
14	FRENECTOMIA LABIAL	N/A	R\$ 451,00	N/A
15	FRENECTOMIA LINGUAL	N/A	R\$ 443,00	N/A
16	MANUTENÇÃO DE TRATAMENTO PERIODONTAL	N/A	R\$ 261,67	N/A
17	NUCLEO DE PREENCHIMENTO	N/A	R\$ 250,00	N/A
18	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	N/A	R\$ 281,33	N/A
19	PINO DE FIBRA DE VIDRO	N/A	R\$ 325,00	N/A
20	PINO ROSQUEAVEL	N/A	R\$ 300,00	N/A
21	PREPARO PARA PINO INTRARADICULAR	N/A	R\$ 200,00	N/A
22	PROCEDIMENTO DE PROTESE (RECIMENTAÇÃO)	N/A	R\$ 150,00	N/A
23	PROCEDIMENTO DE PROTESE (REEMBASAMENTO)	N/A	R\$ 200,00	N/A

24	PROCEDIMENTO DE PROTESE (REMOÇÃO DE PEÇA)	N/A	R\$ 200,00	N/A
25	PROCEDIMENTO DE PROTESE-MOLDAGEM	N/A	R\$ 158,33	N/A
26	PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE TOTAL - PARTE LABORATORIAL COM OU SEM REEMBASAMENTO (CHAPA DE PROVA COM PLANO DE CERA; MONTAGEM DE DENTES NO PLANO DE CERA; CEROPLASTIA, INCLUSÃO, PRENSAGEM, ACABAMENTO).	N/A	R\$ 380,00	N/A
27	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL ROACH	N/A	R\$ 1.082,60	N/A
28	PROTESE TOTAL - SUPERIOR OU INFERIOR - CADA	N/A	R\$ 960,00	N/A
29	RADIOGRAFIA OCLUSAL	N/A	R\$ 40,00	N/A
30	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	N/A	R\$ 70,00	N/A
31	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	N/A	R\$20,00	N/A
32	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL BITE-WING	N/A	R\$ 20,00	N/A
33	RASPAGEM CORONO-RADICULAR POR SEXTANTE	N/A	R\$ 200,00	N/A
34	RECONSTITUIÇÃO DIRETA DE DENTE DECIDUO POR DENTE	N/A	R\$ 220,00	N/A
35	REMOÇÃO DE NUCLEO INTRARADICULAR	N/A	R\$ 310,00	N/A
36	RESTAURADO METALICO DENTE POSTERIOR	N/A	R\$ 480,00	N/A
37	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTES ANTERIORES	N/A	R\$ 500,00	N/A
38	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MOLARES INCLUINDO CANAL E RX	N/A	R\$ 720,00	N/A
39	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE PRÉ-MOLARES	N/A	R\$ 680,00	N/A
40	SISO ERUIDO	N/A	R\$ 350,00	N/A
41	SISO IMPACTADO	N/A	R\$ 400,00	N/A
42	SISO INCLUSO	N/A	R\$ 480,00	N/A
43	SISO SEMI INCLUSO	N/A	R\$ 450,00	N/A
44	TOMOGRAFIA DE DENTE CONE BEAM	N/A	R\$ 200,00	N/A
45	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECIDUO	N/A	R\$ 180,00	N/A

N/A: (Não se Aplica) - Indica que não se aplica aquele item na modalidade contratada.

A presente tabela de preço poderá ser revisada conforme necessidade administrativa.