

amil dental

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental - Linha Premium

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Com o plano Amil Dental, você pode utilizar os dentistas da rede credenciada e, alternativamente, tem a liberdade para escolher seu dentista de confiança e solicitar o reembolso odontológico¹.

Lembre-se de que o acesso ao reembolso será para os procedimentos realizados pela rede não credenciada, em território nacional, referenciados nesta **tabela de reembolso**² e nos limites contratuais de seu plano.

Reembolso odontológico¹.

- a) O cálculo de reembolso será realizado em moeda corrente nacional, nos limites contratuais do seu plano e feito através da seguinte fórmula:

$$\text{Valor do reembolso} = \text{QU} * \text{VU} * \text{FM}$$

Legenda:

QU = Quantidade de Unidades de Serviços Odontológicos (USO), informada na tabela de reembolso em “coluna Qtde. de USO”;

VU = Valor da Unidade de Serviços Odontológicos (USO), informado no contrato ou na proposta comercial emitida no ato da venda;

FM = Fator Multiplicador de reembolso para o seu plano, informado no contrato ou na proposta comercial emitida no ato da venda.

Observação: quanto aos contratos que possuem parâmetros de coparticipação sobre o reembolso odontológico, deve-se aplicar o desconto sobre o valor de reembolso.

Legenda:

✓ = procedimentos cobertos pelo plano;

✗ = procedimentos **não** disponíveis para este plano.

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
82000026	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLOGIA	9,00	✓	✓	✓	✓
85100242	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL	5,46	✓	✓	✓	✓
85400017	AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	12,00	✓	✓	✓	✓
85400025	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	10,00	✓	✓	✓	✓
86000012	ALETAS GOMES	3,40	✗	✓	✓	✓
82000034	ALVEOLOPLASTIA	3,20	✓	✓	✓	✓
82000050	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	36,00	✓	✓	✓	✓
82000069	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	32,00	✓	✓	✓	✓
42627	ANÁLISE DE MODELOS – DISCREPÂNCIA	5,00	✗	✓	✓	✓
398	ANÁLISE FACIAL ADICIONAL	2,40	✗	✓	✓	✓
86000020	APARELHO DE KLAMMT	25,00	✗	✗	✓	✓
86000039	APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR – APM	15,00	✗	✓	✓	✓
86000047	APARELHO DE THUROW	78,00	✗	✗	✓	✓
86000055	APARELHO EXTRABUCAL	25,00	✗	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
42688	APARELHO FIXO AUTOLIGADO ESTÉTICO	142,86	✘	✘	✔	✔
81736	APARELHO FIXO AUTOLIGADO LINGUAL	252,70	✘	✘	✔	✔
42709	APARELHO FIXO AUTOLIGADO METÁLICO	80,00	✘	✘	✔	✔
86000063	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO ESTÉTICO	100,00	✘	✘	✔	✔
86000098	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO	50,00	✘	✔	✔	✔
84000015	APARELHO PROTETOR BUCAL	36,80	✘	✔	✔	✔
86000128	APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇAS BIONATOR INVERTIDAS OU DE ESCHELER	18,00	✘	✔	✔	✔
82000077	APICETOMIA BIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	28,80	✔	✔	✔	✔
82000085	APICETOMIA BIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	27,00	✔	✔	✔	✔
82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	30,40	✔	✔	✔	✔

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	28,80	✓	✓	✓	✓
82000174	APICETOMIA UNIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	22,50	✓	✓	✓	✓
82000182	APICETOMIA UNIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	18,00	✓	✓	✓	✓
84000031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	2,00	✓	✓	✓	✓
85100250	APLICAÇÃO DE LASER TERAPÊUTICO	8,00	✗	✗	✗	✓
84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE – TÉCNICA INVASIVA (COM DIRETRIZ TÉCNICA)	9,57	✓	✓	✓	✓
84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS (COM DIRETRIZ TÉCNICA)	5,00	✓	✓	✓	✓
84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	8,80	✓	✓	✓	✓
84000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO (COM DIRETRIZ TÉCNICA)	10,80	✓	✓	✓	✓
86000136	APM – APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR	78,00	✗	✓	✓	✓
82000190	APROFUNDAMENTO/ AUMENTO DE VESTÍBULO	25,00	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
86000144	ARCO LINGUAL	10,00	✘	✔	✔	✔
87000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	4,00	✔	✔	✔	✔
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	4,00	✔	✔	✔	✔
87000024	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES	4,00	✔	✔	✔	✔
82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	14,40	✔	✔	✔	✔
86000152	BARRA TRANSPALATINA FIXA	23,00	✘	✔	✔	✔
86000160	BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL	3,92	✘	✔	✔	✔
86000179	BIONATOR DE BALTERS	5,56	✘	✔	✔	✔
82000239	BIÓPSIA DE BOCA	16,20	✔	✔	✔	✔
82000247	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	16,20	✔	✔	✔	✔
82000255	BIÓPSIA DE LÁBIO	16,20	✔	✔	✔	✔
82000263	BIÓPSIA DE LÍNGUA	16,20	✔	✔	✔	✔
82000271	BIÓPSIA DE MANDÍBULA	16,20	✔	✔	✔	✔
82000280	BIÓPSIA DE MAXILA	16,20	✔	✔	✔	✔
86000187	BLOCOS GEMINADOS DE CLARK TWIN BLOCK	5,88	✘	✔	✔	✔
86000195	BOTÃO DE NANCE	20,00	✘	✔	✔	✔
82000298	BRIDECTOMIA	27,00	✔	✔	✔	✔

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
82000301	BRIDOTOMIA	27,00	✓	✓	✓	✓
85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	12,00	✓	✓	✓	✓
21381	CASQUETE DE MOLDAGEM	8,20	✗	✓	✓	✓
82000336	CIRURGIA ODONTOLÓGICA A RETALHO	24,00	✓	✓	✓	✓
82000344	CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS	7,50	✓	✓	✓	✓
82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	24,00	✓	✓	✓	✓
82000360	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR BILATERAL	13,60	✓	✓	✓	✓
82000387	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR UNILATERAL	20,00	✓	✓	✓	✓
82000395	CIRURGIA PARA TÓRUS PALATINO	12,00	✓	✓	✓	✓
82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	36,00	✓	✓	✓	✓
8260	CLAREAMENTO A LASER (2 ARCOS)	114,30	✗	✗	✓	✓
85200018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO (EXCLUI CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO, DE CONSULTÓRIO E A LASER)	15,00	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
85100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO)	74,10	✓	✓	✓	✓
85100030	CLAREAMENTO DENTÁRIO DE CONSULTÓRIO	37,05	✓	✓	✓	✓
85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	12,00	✓	✓	✓	✓
82000441	COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	12,00	✓	✓	✓	✓
81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	8,10	✓	✓	✓	✓
87000032	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	8,10	✓	✓	✓	✓
42356	CONERTO DE APARELHO	4,28	✗	✓	✓	✓
85400033	CONERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	15,00	✗	✓	✓	✓
85400041	CONERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	10,00	✗	✓	✓	✓
85400050	CONERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	15,00	✗	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
85400068	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	10,00	✓	✓	✓	✓
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	10,00	✓	✓	✓	✓
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	12,44	✓	✓	✓	✓
81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 H	15,00	✓	✓	✓	✓
11200	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA EM HORÁRIO COMERCIAL	12,43	✓	✓	✓	✓
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	10,00	✓	✓	✓	✓
86000209	CONTENÇÃO FIXA – POR ARCADA	8,00	✗	✓	✓	✓
84000163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	4,00	✓	✓	✓	✓
84000171	CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE	1,00	✓	✓	✓	✓
82000468	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	4,00	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
82000484	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	4,00	✓	✓	✓	✓
82000506	CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA	9,00	✓	✓	✓	✓
85400572	COROA 3/4 OU 4/5	38,76	✗	✓	✓	✓
83000020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO	12,60	✓	✓	✓	✓
87000040	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	25,20	✓	✓	✓	✓
83000046	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	12,60	✓	✓	✓	✓
87000059	COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE	18,90	✓	✓	✓	✓
83000062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO	12,60	✓	✓	✓	✓
87000067	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE	21,42	✓	✓	✓	✓
85400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	25,00	✓	✓	✓	✓
85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	25,00	✓	✓	✓	✓
85500011	COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE	25,00	✗	✗	✗	✓
85500020	COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA	30,00	✗	✗	✗	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
85400092	COROA TOTAL ACRÍLICA PENSADA	60,00	✓	✓	✓	✓
85400106	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	114,71	✗	✓	✓	✓
85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO (DENTES ANTERIORES)	70,00	✓	✓	✓	✓
41264	COROA TOTAL EM CERÔMERO (DENTES POSTERIORES)	70,00	✗	✓	✓	✓
85400122	COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METAL FREE) SOBRE IMPLANTE – CERÂMICA	160,00	✗	✗	✗	✓
85400130	COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METAL FREE) SOBRE IMPLANTE – CERÔMERO	120,00	✗	✗	✗	✓
85400149	COROA TOTAL METÁLICA	47,80	✓	✓	✓	✓
85400157	COROA TOTAL METALOCERÂMICA	112,40	✗	✓	✓	✓
85500038	COROA TOTAL METALOCERÂMICA SOBRE IMPLANTE	150,00	✗	✗	✗	✓
85400165	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA CERÔMERO	90,00	✗	✓	✓	✓
85400173	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA RESINA ACRÍLICA	90,00	✗	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
85500046	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA SOBRE IMPLANTE CERÔMERO	110,00	✘	✘	✘	✓
85500054	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA SOBRE IMPLANTE RESINA ACRÍLICA	110,00	✘	✘	✘	✓
82000557	CUNHA PROXIMAL	19,80	✓	✓	✓	✓
85100056	CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA	10,00	✓	✓	✓	✓
85200174	CURATIVO ENDODÔNTICO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA	10,00	✓	✓	✓	✓
85300012	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	9,00	✓	✓	✓	✓
85100269	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTINÁRIA	9,00	✓	✓	✓	✓
13101	DETERMINAÇÃO DO CPOS AMPLIADO	6,00	✓	✓	✓	✘
81000111	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	8,28	✓	✓	✓	✓
81000138	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	8,28	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
81000154	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	8,28	✓	✓	✓	✓
81000170	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	8,28	✓	✓	✓	✓
81000189	DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	10,80	✗	✓	✓	✓
81000197	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA	4,00	✓	✓	✓	✓
81000200	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE	4,00	✓	✓	✓	✓
81000219	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE	8,00	✓	✓	✓	✓
81000235	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA	4,00	✓	✓	✓	✓
81000243	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO	3,60	✗	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
42368	DISJUNTOR HASS	10,00	✘	✔	✔	✔
86000225	DISJUNTOR PALATINO – HIRAX	25,00	✘	✔	✔	✔
86000233	DISJUNTOR PALATINO – MCNAMARA	25,00	✘	✔	✔	✔
86000241	DISTALIZADOR COM MOLA NITINOL	5,88	✘	✔	✔	✔
86000250	DISTALIZADOR DE HILGERS	4,58	✘	✔	✔	✔
86000268	DISTALIZADOR DISTAL JET	4,58	✘	✔	✔	✔
86000276	DISTALIZADOR PÊNDULO/PENDEX	4,58	✘	✔	✔	✔
86000284	DISTALIZADOR TIPO JONES JIG	4,58	✘	✔	✔	✔
81000553	DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA EM MÍDIA DIGITAL (GRAVAÇÃO DO EXAME RADIOLÓGICO)	2,20	✔	✔	✔	✔
12103	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA	25,00	✔	✔	✔	✔
12341	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA	28,00	✘	✔	✔	✔
12353	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA ESPECIAL	28,68	✘	✔	✔	✔
346	DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL (GRAVAÇÃO EM MÍDIA DIGITAL)	2,20	✔	✔	✔	✔

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
41157	ENCAIXE – MACHO OU FÊMEA	61,72	✘	✔	✔	✔
82000581	ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DA LINHA OBLÍQUA	196,42	✘	✘	✘	✔
82000603	ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DO MENTO	196,42	✘	✘	✘	✔
82000620	ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO	150,00	✘	✘	✘	✔
82000646	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL	50,00	✔	✔	✔	✔
82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	42,00	✔	✔	✔	✔
82000689	ENXERTO PEDICULADO	36,00	✔	✔	✔	✔
82000700	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	4,10	✔	✔	✔	✔
87000148	ESTABILIZAÇÃO POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONTOLOGIA	2,00	✔	✔	✔	✔
82000743	EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	30,00	✔	✔	✔	✔
82000778	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CÁLCULO SALIVAR	15,00	✔	✔	✔	✔
82000786	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	30,00	✔	✔	✔	✔

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
82000794	EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE	30,00	✓	✓	✓	✓
82000808	EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA	30,00	✓	✓	✓	✓
82000816	EXODONTIA A RETALHO	22,00	✓	✓	✓	✓
82001740	EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	60,00	✓	✓	✓	✓
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/ PROTÉTICA	17,60	✓	✓	✓	✓
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	17,60	✓	✓	✓	✓
82001731	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	44,00	✓	✓	✓	✓
82001294	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/IMPACTADO	44,00	✓	✓	✓	✓
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	10,00	✓	✓	✓	✓
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	17,60	✓	✓	✓	✓
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	24,00	✓	✓	✓	✓
85400181	FACETA EM CERÂMICA PURA	90,57	✗	✓	✓	✓
85400190	FACETA EM CERÔMERO	82,00	✗	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
81000278	FOTOGRAFIA	1,70	✘	✓	✓	✓
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	38,10	✓	✓	✓	✓
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	38,10	✓	✓	✓	✓
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL	13,50	✓	✓	✓	✓
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL	18,00	✓	✓	✓	✓
41239	FRESA (POR ELEMENTO)	13,80	✘	✓	✓	✓
82000921	GENGIVECTOMIA	26,70	✓	✓	✓	✓
14397	GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO	4,25	✓	✓	✓	✓
82000948	GENGIVOPLASTIA	14,00	✓	✓	✓	✓
86000306	GIANELLY	4,58	✘	✓	✓	✓
86000314	GRADE PALATINA FIXA	10,00	✘	✓	✓	✓
86000322	GRADE PALATINA REMOVÍVEL	10,00	✘	✓	✓	✓
85500062	GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTE	15,90	✘	✘	✘	✓
86000330	HERBST ENCAPSULADO	25,00	✘	✓	✓	✓
85000787	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	1,00	✓	✓	✓	✓
85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	14,40	✓	✓	✓	✓
82000980	IMPLANTE ÓSSEO INTEGRADO	230,00	✘	✘	✘	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
82001022	INCISÃO E DRENAGEM EXTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	30,00	✓	✓	✓	✓
82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	12,60	✓	✓	✓	✓
85400580	JIG OU FRONT PLATO – ÓRTESE REPOSICIONADORA	90,00	✓	✓	✓	✓
82001049	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO AUTÓGENO	410,00	✗	✗	✗	✓
82001057	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO HOMÓLOGO	410,00	✗	✗	✗	✓
82001065	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO LIOFILIZADO	410,00	✗	✗	✗	✓
81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	20,00	✓	✓	✓	✓
83000097	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO (COM DIRETRIZ TÉCNICA)	34,60	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
83000100	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL (COM DIRETRIZ TÉCNICA)	34,60	✓	✓	✓	✓
42690	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO AUTOLIGADO	23,00	✗	✗	✓	✓
81744	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO AUTOLIGADO LINGUAL	27,07	✗	✗	✓	✓
86000357	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO FIXO	17,00	✗	✓	✓	✓
86000365	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO ORTOPÉDICO	17,00	✗	✓	✓	✓
86000373	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO REMOVÍVEL	17,00	✗	✓	✓	✓
42676	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO ESTÉTICO	18,00	✗	✗	✓	✓
85500089	MANUTENÇÃO DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTES	10,00	✗	✗	✗	✓
82001758	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	30,00	✓	✓	✓	✓
86000381	MÁSCARA FACIAL DELAIRE E TRAÇÃO REVERSA	17,30	✗	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
86000390	MENTONEIRA	30,00	✘	✔	✔	✔
86000403	MODELADOR ELÁSTICO DE BIMLER	38,62	✘	✔	✔	✔
41075	MODELO DE ESTUDO	5,68	✘	✔	✔	✔
42640	MODELO DE TRABALHO	5,68	✘	✔	✔	✔
81000308	MODELOS ORTODÔNTICOS	8,50	✘	✔	✔	✔
86000411	MONOBLOCO	10,00	✘	✔	✔	✔
17011	MUMIFICAÇÃO PULPAR	8,18	✔	✔	✔	✘
41227	NÚCLEO DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO MAIS PREENCHIMENTO	29,00	✔	✔	✔	✔
85400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	11,20	✔	✔	✔	✔
85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	35,80	✔	✔	✔	✔
82001073	ODONTOSSECÇÃO	19,80	✔	✔	✔	✔
85400238	ONLAY DE RESINA INDIRETA	66,30	✘	✔	✔	✔
85400246	ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	52,80	✔	✔	✔	✔
85400254	ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)	20,00	✔	✔	✔	✔
85500097	OVERDENTURE BARRA CLIQUE OU ORING SOBRE DOIS IMPLANTES	700,00	✘	✘	✘	✔

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
85500100	OVERDENTURE BARRA CLIQUE OU ORING SOBRE QUATRO OU MAIS IMPLANTES	860,00	✘	✘	✘	✔
85400262	PINO PRÉ-FABRICADO	6,40	✔	✔	✔	✔
86000438	PISTAS DIRETAS DE PLANAS – SUPERIOR E INFERIOR	60,00	✘	✔	✔	✔
86000446	PISTAS INDIRETAS DE PLANAS	21,00	✘	✔	✔	✔
85100072	PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO	14,00	✔	✔	✔	✔
86000608	PLACA DE CONTENÇÃO ORTODÔNTICA	20,00	✘	✔	✔	✔
86000454	PLACA DE DISTALIZAÇÃO DE MOLARES	2,82	✘	✔	✔	✔
86000462	PLACA DE HAWLEY	30,00	✘	✔	✔	✔
86000470	PLACA DE HAWLEY – COM TORNO EXPANSOR	10,00	✘	✔	✔	✔
42426	PLACA DE HAWLEY ENCAPADA	2,94	✘	✔	✔	✔
86000497	PLACA DE SCHWARZ	10,00	✘	✔	✔	✔
86000500	PLACA DE VERTICALIZAÇÃO DE CANINOS	17,30	✘	✔	✔	✔
86000519	PLACA DUPLA DE SANDERS	10,00	✘	✔	✔	✔
86000527	PLACA ENCAPSULADA DE MAURÍCIO	3,40	✘	✔	✔	✔
86000535	PLACA LABIOATIVA	10,00	✘	✔	✔	✔

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
85400270	PLACA OCLUSAL RESILIENTE	36,80	✓	✓	✓	✓
9	PLANEJAMENTO CIRÚRGICO E PROTÉTICO (MAIS GUIAS)	40,00	✗	✗	✗	✓
4010	PLANEJAMENTO EM PRÓTESE (MODELOS E MONTAGEM EM ARTICULADOR)	10,80	✗	✓	✓	✓
86000543	PLANO ANTERIOR FIXO	2,62	✗	✓	✓	✓
86000551	PLANO INCLINADO	11,20	✗	✓	✓	✓
85400602	PONTO DE SOLDA	4,28	✗	✓	✓	✓
85200026	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	8,00	✓	✓	✓	✓
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	6,40	✓	✓	✓	✓
85400289	PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA (PROVISÓRIA)	94,00	✗	✓	✓	✓
85400297	PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	102,00	✗	✓	✓	✓
85400300	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALOCERÂMICA	61,46	✗	✓	✓	✓
85400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALOPLÁSTICA	54,46	✗	✓	✓	✓
85400335	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALOCERÂMICA	116,55	✗	✓	✓	✓
85400343	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALOPLÁSTICA	111,20	✗	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
85500127	PRÓTESE PARCIAL FIXA IMPLANTOSSUPPORTADA	150,00	✘	✘	✘	✔
85400351	PRÓTESE PARCIAL FIXA IN CERAN LIVRE DE METAL (METAL FREE)	142,60	✘	✔	✔	✔
85400360	PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA	25,00	✘	✔	✔	✔
85500135	PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA EM CARGA IMEDIATA	17,00	✘	✘	✘	✔
85400378	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMIPRECISÃO	187,00	✘	✔	✔	✔
21105	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS – UNILATERAL	89,36	✘	✔	✔	✔
85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS – BILATERAL	174,80	✘	✔	✔	✔
85400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	81,60	✘	✔	✔	✔
85400408	PRÓTESE TOTAL	170,00	✘	✔	✔	✔
85400610	PRÓTESE TOTAL CARACTERIZADA	106,90	✘	✔	✔	✔
85400416	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	124,00	✘	✔	✔	✔
85400424	PRÓTESE TOTAL INCOLOR	174,00	✘	✔	✔	✔

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
85500143	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 4 IMPLANTES – PARTE PROTÉTICA	1376,62	✘	✘	✘	✓
85500151	PROTOCOLO BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 5 IMPLANTES – PARTE PROTÉTICA	1376,62	✘	✘	✘	✓
85500160	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 4 IMPLANTES	1376,62	✘	✘	✘	✓
85500178	PROTOCOLO BRANEMARK PARA 5 IMPLANTES	1766,24	✘	✘	✘	✓
85500186	PROTOCOLO BRANEMARK PROVISÓRIO PARA 4 IMPLANTES	285,72	✘	✘	✘	✓
85500194	PROTOCOLO BRANEMARK PROVISÓRIO PARA 5 IMPLANTES	389,62	✘	✘	✘	✓
85400432	PROVISÓRIO PARA FACETA	20,00	✘	✓	✓	✓
85400440	PROVISÓRIO PARA INLAY/ONLAY	20,00	✘	✓	✓	✓
85400459	PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	20,00	✓	✓	✓	✓
85200034	PULPECTOMIA	15,00	✓	✓	✓	✓
85200042	PULPOTOMIA	14,00	✓	✓	✓	✓
83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	10,80	✓	✓	✓	✓
82001103	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	12,00	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
82001120	PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR IMAGEM NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	8,00	✓	✓	✓	✓
86000560	QUADRIÉLICE	25,00	✗	✓	✓	✓
81000324	RADIOGRAFIA ANTEROPSTERIOR	9,00	✓	✓	✓	✓
81000340	RADIOGRAFIA DA ATM	18,00	✓	✓	✓	✓
81000367	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO – CARPAL	8,00	✓	✓	✓	✓
81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – <i>BITE-WING</i>	2,00	✓	✓	✓	✓
12164	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – <i>BITE-WING</i> EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	2,00	✓	✓	✓	✓
81000561	RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDÍBULA	1,94	✓	✓	✓	✓
81000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL	7,80	✓	✓	✓	✓
12176	RADIOGRAFIA OCLUSAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	7,80	✓	✓	✓	✓
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRRAFIA)	7,80	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
81000413	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRRAFIA) COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	10,00	✘	✘	✘	✓
81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	2,00	✓	✓	✓	✓
12152	RADIOGRAFIA PERIAPICAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	2,00	✓	✓	✓	✓
81000430	RADIOGRAFIA POSTEROANTERIOR	8,80	✓	✓	✓	✓
85300039	RASPAGEM SUBGENGIVAL/ ALISAMENTO RADICULAR	10,00	✓	✓	✓	✓
85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	11,20	✓	✓	✓	✓
82001138	REABERTURA – COLOCAÇÃO DE CICATRIZADOR	54,00	✘	✘	✘	✓
85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	4,00	✓	✓	✓	✓
82001154	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVOLABIAL	33,30	✓	✓	✓	✓
82001170	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA	13,50	✓	✓	✓	✓
82001189	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA	9,00	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
82001197	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM)	30,00	✓	✓	✓	✓
85400475	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	4,00	✓	✓	✓	✓
85400483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL – IMEDIATO (EM CONSULTÓRIO)	27,00	✓	✓	✓	✓
85400491	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL – MEDIATO (EM LABORATÓRIO)	25,50	✗	✓	✓	✓
82001243	REGENERAÇÃO TECIDUAL GUIADA RTG	65,00	✗	✗	✗	✓
86000578	REGULADOR DE FUNÇÃO DE FRANKEL	25,00	✗	✓	✓	✓
82001251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	32,00	✓	✓	✓	✓
84000201	REMINERALIZAÇÃO	10,80	✓	✓	✓	✓
42603	REMOÇÃO DE APARELHO FIXO (POLIMENTO INCLUSO)	18,00	✗	✓	✓	✓
85200050	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	14,00	✓	✓	✓	✓
82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/IMPACTADOS	60,00	✓	✓	✓	✓
82001308	REMOÇÃO DE DRENO EXTRAORAL	15,00	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
82001316	REMOÇÃO DE DRENO INTRAORAL	8,00	✓	✓	✓	✓
82001324	REMOÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO NÃO ÓSSEO INTEGRADO	12,00	✗	✗	✗	✓
85200069	REMOÇÃO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO	3,00	✓	✓	✓	✓
85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	14,00	✓	✓	✓	✓
82001367	REMOÇÃO DE ODONTOMA	30,00	✓	✓	✓	✓
85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	10,00	✓	✓	✓	✓
85300055	REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	5,00	✓	✓	✓	✓
83000135	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO	7,20	✓	✓	✓	✓
85100080	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE	7,20	✓	✓	✓	✓
85100099	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 1 FACE	7,20	✓	✓	✓	✓
85100102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 2 FACES	8,80	✓	✓	✓	✓
85100110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 3 FACES	10,40	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
85100129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 4 FACES	12,00	✓	✓	✓	✓
15264	RESTAURAÇÃO DE SUPERFÍCIE RADICULAR	12,50	✓	✓	✓	✓
85400513	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA – INLAY	106,32	✗	✓	✓	✓
85400521	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA – ONLAY	106,32	✗	✓	✓	✓
85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO – INLAY	69,21	✗	✓	✓	✓
85400530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO – ONLAY	69,21	✗	✓	✓	✓
85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 1 FACE (COM DIRETRIZ TÉCNICA)	8,00	✓	✓	✓	✓
85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 2 FACES (COM DIRETRIZ TÉCNICA)	9,09	✓	✓	✓	✓
85100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 3 FACES (COM DIRETRIZ TÉCNICA)	10,36	✓	✓	✓	✓
85100161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 4 FACES (COM DIRETRIZ TÉCNICA)	11,71	✓	✓	✓	✓
85100170	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) – INLAY	66,30	✗	✓	✓	✓
85100188	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) – ONLAY	69,21	✗	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	9,66	✓	✓	✓	✓
85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	12,60	✓	✓	✓	✓
85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	14,38	✓	✓	✓	✓
85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	15,00	✓	✓	✓	✓
85400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	53,80	✓	✓	✓	✓
85200085	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA/ TRATAMENTO EXPECTANTE	6,25	✓	✓	✓	✓
82001391	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	27,12	✓	✓	✓	✓
82001413	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	4,28	✓	✓	✓	✓
85200093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	68,75	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
85200107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	88,75	✓	✓	✓	✓
85200115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	56,75	✓	✓	✓	✓
82001448	SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO E OXIGÊNIO EM ODONTOLOGIA	66,67	✓	✓	✓	✓
82001456	SEDAÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL EM ODONTOLOGIA	87,00	✓	✓	✓	✓
82001464	SEPULTAMENTO RADICULAR	16,00	✓	✓	✓	✓
86000586	SIMÕES NETWORK	25,00	✗	✓	✓	✓
81000456	SLIDE	1,94	✗	✓	✓	✓
86000594	SPLINTER	78,00	✗	✓	✓	✓
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	7,00	✓	✓	✓	✓
81000472	TELERRADIOGRAFIA	10,00	✓	✓	✓	✓
81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	10,00	✗	✓	✓	✓
12389	TELERRADIOGRAFIA FRONTAL	8,70	✓	✓	✓	✓
84000228	TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA	3,00	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
84000236	TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA	6,00	✓	✓	✓	✓
84000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR	3,00	✓	✓	✓	✓
84000252	TESTE DE PH SALIVAR	3,00	✓	✓	✓	✓
81000510	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO CONE BEAM (HEMIARCADA)	29,50	✓	✓	✓	✓
389	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO – CONE BEAM (2 ARCOS)	80,00	✗	✓	✓	✓
78	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO CONE BEAM (ARCADA)	62,00	✓	✓	✓	✓
81795	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO CONE BEAM (SEXTANTE)	34,50	✓	✓	✓	✓
81000529	TOMOGRAFIA CONVENCIONAL LINEAR OU MULTIDIRECIONAL	13,00	✓	✓	✓	✓
81000537	TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	2,10	✗	✓	✓	✓
82001502	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA	40,00	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
82001510	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCONASAIS	30,00	✓	✓	✓	✓
82001529	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCOSSINUSAIS	30,00	✓	✓	✓	✓
82001545	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	18,00	✓	✓	✓	✓
82001553	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	30,00	✓	✓	✓	✓
82001588	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/ CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	30,00	✓	✓	✓	✓
82001596	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/ CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	30,00	✓	✓	✓	✓
82001618	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	30,00	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
82001634	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO	30,00	✓	✓	✓	✓
82001642	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ATM	60,00	✓	✓	✓	✓
81610	TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES DA ATM (AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO)	50,00	✓	✓	✓	✓
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	10,80	✓	✓	✓	✓
82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	17,00	✓	✓	✓	✓
85100234	TRATAMENTO DE FLUOROSE – MICROABRASÃO	24,00	✓	✓	✓	✓
85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA – GNA	19,80	✓	✓	✓	✓
85200123	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	22,00	✓	✓	✓	✓
85300080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	10,00	✓	✓	✓	✓

Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium

ANS - nº 326305

Código Proced.	Descrição do Procedimento	Qtde. de USO Premium	Linha Premium			
			Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
			Dental P1500 R PJ (ANS 491879227)	Dental P2500 R PJ (ANS 483609190)	Dental P6500 R PJ (ANS 483610193)	Dental P7500 R PJ (ANS 491878229)
85500224	TRATAMENTO DE PERI-IMPLANTITE POR IMPLANTE	20,00	x	x	x	✓
85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	56,75	✓	✓	✓	✓
85200131	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	24,00	✓	✓	✓	✓
83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	25,00	✓	✓	✓	✓
85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	76,25	✓	✓	✓	✓
85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	43,75	✓	✓	✓	✓
82001685	TUNELIZAÇÃO	4,50	✓	✓	✓	✓
82001707	ULECTOMIA	10,80	✓	✓	✓	✓
82001715	ULOTOMIA	10,80	✓	✓	✓	✓
17165	UTILIZAÇÃO DE MICROSCÓPIO EM ENDODONTIA	17,26	✓	✓	✓	✓

Amil Dental – CRO-SP: 4722 ■ Resp. Técnica: Maria A. F. A. Araújo – CRO – SP: 35448.
Amil Dental – CRO-RJ: 960 ■ Resp. Técnica: Patrícia I. C. de Almeida – CRO – RJ: 20121.