

1. INSTRUÇÕES GERAIS

- 1- Todos os tratamentos acima de R\$ 800,00 devem passar por Avaliação Técnica obrigatoriamente;
- 2- Os Auditores realizarão a avaliação da restauração de forma, função e estética e longevidade do elemento dental ou implante, profundidade de bolsas, e adaptação de próteses, condições que possam interferir no sucesso do tratamento proposto, levando em conta as regras básicas de prevenção. Deverão indicar aos profissionais quaisquer fatos relevantes à preservação da saúde do elemento dentário e tecidos bucais, não observadas pelo profissional em seu plano de tratamento, a qualquer momento, em laudo sigiloso;
- 3- Os tratamentos que contenham procedimentos cuja Avaliação Técnica seja obrigatória devem ser avaliados tecnicamente, de forma completa, independentemente do valor total do tratamento;
- 4- Devem ser encaminhadas todas as radiografias utilizadas para diagnóstico e formação do plano de tratamento, para a Avaliação Técnica Inicial. Também, as necessárias para a comprovação de realização e observação da qualidade dos serviços prestados, para a Avaliação Técnica Final. Serão glosadas as radiografias com baixa qualidade de processamento;
- 5- Somente encaminhar os pacientes cirúrgicos para Avaliação Técnica Final, após a retirada da sutura ou após alta clínica."

2. TABELA ODONTOLÓGICA
Vigência: 06/07/2023

| EXAME CLÍNICO | | | | |
|---|--|---|-----------|------------|
| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
| 81000065 | CONSULTA INICIAL (EXAME CLÍNICO E ORÇAMENTO) | Uma a cada 180 dias com o mesmo profissional. | | R\$ 54,86 |
| 81000189 | DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO (ESPECÍFICO DAS ESPECIALIDADES DE ESTOMATOLOGIA, DISFUNÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR E DOR ORO-FACIAL, PATOLOGIA BUCAL E CIRURGIA BUCOMAXILO) | 1-Uma única vez na mesma guia, para avaliação e plano de tratamento 2-Deve ser dado ao paciente o direito a uma reconsulta no prazo de 30 dias, para avaliação da eficácia do tratamento e/ou avaliação de possíveis exames complementares; 3-Independentemente da avaliação pela perícia, a procedência do procedimento será reavaliada pela Auditoria do plano; | SIM | R\$ 124,23 |
| 81000073 | CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA | | | R\$ 54,86 |
| RADIOLOGIA | | | | |
| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
| 81000421 | RX PERIAPICAL | | | R\$ 15,13 |
| 81000375 | RX BITE-WING (INTERPROXIMAL) | | | R\$ 15,13 |
| 81000294 | RX PERIAPICAL SERIE COMPLETA | Mínimo 10 radiografias. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Uma a cada 360 dias. | | R\$ 138,10 |
| 81000383 | RX OCLUSAL | | | R\$ 29,01 |
| 81000430 | RX POSTERO-ANTERIOR | | | R\$ 66,21 |
| 81000340 | RX DA ATM - SÉRIE COMPLETA | 3 Incidências por lado | | R\$ 138,10 |
| 81000405 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA | Uma a cada 6 meses. | | R\$ 66,21 |
| 81000413 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM TRAÇADO PARA IMPLANTES | Para Implantes. | | R\$ 85,76 |
| 81000480 | TELERADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO | | | R\$ 93,33 |
| 81000472 | TELERADIOGRAFIA SEM TRAÇADO | | | R\$ 73,15 |
| 81000367 | RX DA MÃO E PUNHOS (CARPAL) | Com laudo de identificação de idade óssea | | R\$ 73,15 |
| 22802010 | DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA COMPLETA (KIT ORTODÔNTICO) | Pasta com Teleradiografia com traçado, Panorâmica, Fotos e/ou Slides e Modelos ortodônticos. Uma única vez, para início do tratamento ortodôntico, ou quando solicitado pelo Auditor. | | R\$ 228,28 |
| 81000308 | MODELOS DE ESTUDO ORTODONTICOS (PAR) | Uma única vez, para início do tratamento ortodôntico, ou para fins de Auditoria intermediária ou final, quando solicitado pelo Auditor. | | R\$ 73,15 |
| 22802029 | TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA CONE BEAM - PARA ATM - VOLUMÉTRICA | Uma por ano. Os laudos/exames devem ser encaminhados à ITAIPU, na ocasião da Cobrança. Necessidade de Autorização prévia da ITAIPU. | | R\$ 456,55 |
| 22802037 | TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA CONE BEAM - REGIÃO OU EQUIVALENTE A UM HEMI-ARCO - VOLUMÉTRICA | Uma por ano. Os laudos/exames devem ser encaminhados à ITAIPU, na ocasião da Cobrança. Necessidade de Autorização prévia da ITAIPU. | | R\$ 281,88 |
| 22802045 | TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA CONE BEAM – 1 ARCO DENTAL - VOLUMÉTRICA | Uma por ano. Os laudos/exames devem ser encaminhados à ITAIPU, na ocasião da Cobrança. Necessidade de Autorização prévia da ITAIPU. | | R\$ 380,88 |
| 22802053 | TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA CONE BEAM – 2 ARCOS DENTÁRIOS – VOLUMÉTRICA | Uma por ano. Os laudos/exames devem ser encaminhados à ITAIPU, na ocasião da Cobrança. Necessidade de Autorização prévia da ITAIPU. | | R\$ 655,19 |
| OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE: | | | | |
| | | | | |
| PREVENÇÃO | | | | |
| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
| 84000198 | PROFILAXIA – POLIMENTO CORONÁRIO | Por Arco Dental. Uma a cada 180 dias. | | R\$ 38,47 |
| 84000090 | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR | Boca toda. Uma a cada 180 dias. | | R\$ 47,29 |
| 84000139 | ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL | Uma a cada 360 dias, para pacientes com até 16 anos de idade. | | R\$ 47,29 |
| 84000244 | TESTE DE FLUXO SALIVAR | Um a cada 180 dias. | | R\$ 54,86 |
| 84000252 | TESTE DE PH SALIVAR | Um a cada 180 dias. | | R\$ 54,86 |
| 85100242 | ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL | Boca toda. Selamento de cavidades múltiplas com Ionômero de Vidro. Obrigatoriedade de indicação dos dentes a intervir. | | R\$ 76,93 |
| 84000031 | APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO | Uma a cada 6 meses. Boca toda. | | R\$ 62,43 |
| 84000201 | REMINERALIZAÇÃO DE MANCHAS BRANCAS ATIVAS | Tratamento completo. Remineralização de "Manchas Brancas Ativas" . Inclui Profilaxia local, Aplicação de Verniz com Flúor . Necessidade de Auditoria Inicial somente. Uma a cada 180 dias. | INICIAL | R\$ 93,33 |

| 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE - POR ELEMENTO | Somente para dentes decíduos e dentes permanentes erupcionados a até 2 anos. Para pacientes com mais de 14 anos ou quando for executar mais de quatro elementos permanentes, há a necessidade de Auditoria (Perícia). Uma a cada 360 dias. | | R\$ 57,38 |
|----------|---|--|-----------|------------|
| 84000058 | APLICAÇÃO DE SELANTE- TÉCNICA INVASIVA- POR ELEMENTO | Somente para dentes permanentes erupcionados a até 2 anos. Uma a cada 360 dias. | SIM | R\$ 70,00 |
| URGÊNCIA | | | | |
| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
| 81000049 | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA - HORARIO COMERCIAL | A Guia deve conter somente os procedimentos executados no atendimento da urgência. | | R\$ 85,76 |
| 81000057 | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA - SAB; DOM; FERIADOS E NOTURNO | Urgência Noturna. Em dias úteis, das 22:00 às 06:00 horas. Anotar data e horário de atendimento na Guia. A Guia deve conter somente os procedimentos executados no atendimento da urgência. | | R\$ 85,76 |
| 85200034 | PULPECTOMIA | Consiste na abertura de câmara pulpar, remoção da polpa, e curativo de demora. Não pode ser cobrado em caso de continuidade do tratamento endodôntico pelo mesmo profissional; | | R\$ 85,76 |
| 82001650 | TRATAMENTO DE ALVEOLITE | Consiste na curetagem e limpeza do alvéolo dentário e aplicação de medicamento. Não pode ser cobrado quando a exodontia foi realizada pelo mesmo profissional; | | R\$ 103,42 |
| 85300080 | TRATAMENTO DE PERICORONARITE | Tratamento completo | | R\$ 99,63 |
| 85300063 | TRATAMENTO DE ABCESSO PERIODONTAL AGUDO | Tratamento completo | | R\$ 99,63 |
| 82000468 | CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | Consiste na curetagem, sutura no alvéolo dentário e aplicação de hemostático. Não pode ser cobrado quando a exodontia foi realizada pelo mesmo profissional; | | R\$ 99,63 |
| 82000484 | CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | Consiste na curetagem e sutura do alvéolo dentário. Não pode ser cobrado quando a exodontia foi realizada pelo mesmo profissional; | | R\$ 76,93 |
| 22808019 | PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA (NÃO DESCRITOS NA TABELA) | Somente com a descrição do motivo do atendimento (diagnóstico e medida aplicada) descritos na FAO. Pagamento sujeito a análise e aprovação pelo plano, quanto ao motivo descrito. | | R\$ 85,76 |

DENTÍSTICA (É obrigatória a identificação do dente e faces envolvidas)

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
|----------|--|--|-----------|------------|
| 85100099 | RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 1 FACE | Uma por elemento a cada 12 meses | | R\$ 76,93 |
| 85100102 | RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 2 FACES | Uma por elemento a cada 12 meses | | R\$ 97,11 |
| 85100110 | RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 3 FACES | Uma por elemento a cada 12 meses | | R\$ 107,20 |
| 85100129 | RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 4 OU MAIS FACES | Uma por elemento a cada 12 meses | | R\$ 114,14 |
| 85100048 | COLAGEM DE FRAGMENTOS (POR ELEMENTO) | Recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo. | | R\$ 107,20 |
| 85100196 | REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE | Uma por elemento a cada 12 meses | | R\$ 76,93 |
| 85100200 | REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES | Uma por elemento a cada 12 meses | | R\$ 97,11 |
| 85100218 | REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 3 FACES | Uma por elemento a cada 12 meses | | R\$ 107,20 |
| 85100226 | REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 4 OU MAIS FACES | Uma por elemento a cada 12 meses | | R\$ 114,14 |
| 85100137 | RESTAURAÇÃO A IONOMERO DE VIDRO - 1 FACE | Uma por elemento a cada 12 meses. Não utilizar para restaurações mistas, ou como forramento. | | R\$ 84,50 |
| 85100145 | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 2 FACES | Uma por elemento a cada 12 meses. Não utilizar para restaurações mistas, ou como forramento. | | R\$ 73,15 |
| 85100153 | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 3 OU MAIS FACES | Uma por elemento a cada 12 meses. Não utilizar para restaurações mistas, ou como forramento. | | R\$ 75,67 |
| 85200085 | RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE | Uma por elemento a cada 12 meses. Somente para dentes com vitalidade, quando houver exposição pulpar acidental. OBRIGATÓRIA A JUSTIFICATIVA DO PROFISSIONAL. | | R\$ 48,56 |
| 22805010 | RECUPERAÇÃO DE RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA | Uma por elemento a cada 12 meses | | R\$ 76,93 |
| 22805028 | RECUPERAÇÃO DE RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL | Uma por elemento a cada 12 meses | | R\$ 76,93 |
| 85100064 | FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL | Uma por elemento a cada 12 meses. Inclui possíveis restaurações proximais ou 2 ângulos. | SIM | R\$ 122,97 |

OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE:
ODONTOPEDIATRIA

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
|----------|---|--|-----------|------------|
| 85100137 | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE | Restauração definitiva. Não é válida para base de restaurações. | | R\$ 84,50 |
| 83000020 | COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO | | FINAL | R\$ 144,41 |
| 83000046 | COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO | | FINAL | R\$ 144,41 |
| 83000062 | COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO | | FINAL | R\$ 144,41 |
| 83000127 | PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO | Apresentar RX Inicial e Final em Caso de Auditoria (Perícia). | | R\$ 115,40 |
| 83000151 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO | Apresentar RX Inicial e Final em Caso de Auditoria (Perícia). Não utilizar para pulpotomias. | | R\$ 175,31 |
| 83000135 | RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO | Remoção de cárie com cureta, e selamento com Ionômero de Vidro. | | R\$ 48,56 |
| 83000089 | EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO | | | R\$ 76,93 |
| 83000097 | MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO | Um a cada 360 dias. Necessidade de Auditoria inicial e final. | SIM | R\$ 266,74 |

| | | | | |
|----------|--------------------------------|---|-----|------------|
| 83000100 | MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL | Um a cada 360 dias. Necessidade de Auditoria inicial e final. | SIM | R\$ 265,48 |
| 81000014 | CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA | Por sessão. Máximo duas sessões. | | R\$ 62,43 |
| 22804013 | RESTAURAÇÃO PREVENTIVA | Resina + Ionômero | | R\$ 93,33 |

| ENDODONTIA | | | | |
|------------|--|--|-----------------|------------|
| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
| 85200166 | TRATAMENTO ENDODONTICO 1 CONDUTO | Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos. | INICIAL E FINAL | R\$ 206,21 |
| 85200140 | TRATAMENTO ENDODONTICO 2 CONDUTOS | Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos. | INICIAL E FINAL | R\$ 235,84 |
| 85200158 | TRATAMENTO ENDODONTICO 3 OU MAIS CONDUTOS | Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos. | INICIAL E FINAL | R\$ 341,15 |
| 85200115 | RETRATAMENTO ENDODONTICO 1 CONDUTO | Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos. | INICIAL E FINAL | R\$ 228,28 |
| 85200093 | RETRATAMENTO ENDODONTICO 2 CONDUTOS | Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos. | INICIAL E FINAL | R\$ 296,38 |
| 85200107 | RETRATAMENTO ENDODONTICO 3 OU MAIS CONDUTOS | Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos. | INICIAL E FINAL | R\$ 425,65 |
| 85200077 | REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR (POR ELEMENTO) | Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos. | INICIAL E FINAL | R\$ 114,14 |
| 85200026 | PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR | Só pode ser cobrado quando o núcleo for executado por outro profissional (outro contrato). | INICIAL E FINAL | R\$ 53,60 |
| 85200123 | TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO | Tratamento completo. Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos. | INICIAL E FINAL | R\$ 125,49 |
| 85200018 | CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO | Clareamento interno. Por sessão. Somente para dentes anteriores. Máximo 3 sessões. Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial. Valor das radiografias já incluídos. | INICIAL E FINAL | R\$ 76,93 |
| 85200131 | TRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTES COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA | Por Sessão. Máximo 3 (três) sessões. Exclui o pagamento de Consulta (cód 81000065) a partir da 2ª sessão. Em caso de Avaliação Técnica, apresentar RX Inicial e Final. | INICIAL E FINAL | R\$ 84,50 |
| 85100013 | CAPEAMENTO PULPAR DIRETO | Tratamento expectante. Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), apresentar RX Inicial obrigatório. RX incluso. Excluindo a restauração final. | INICIAL E FINAL | R\$ 62,43 |

OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE:

| PERIODONTIA (É obrigatória a identificação do segmento tratado) | | | | |
|---|---|--|--|------------|
| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
| 85300055 | REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL | Por Arco Dental. Inclui raspagem de pequenas quantidades de cálculo, sem bolsas periodontais e remoção de excessos de restaurações. Não pode ser cobrado concomitantemente com "Raspagem supra-gengival, Raspagem sub-gengival e Cirurgia Periodontal a Retalho". Uma a cada 180 dias. | | R\$ 35,31 |
| 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | Por Segmento. Bolsas até 4 mm. Para pequenas quantidades de cálculo, utilizar o código 85300055 - Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental. Uma por semestre. Não aplicar concomitantemente com os itens "Cirurgia Periodontal a Retalho, Raspagem sub-gengival e Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental" em um mesmo segmento. Encaminhar radiografias e/ou Periograma, se solicitado pelo auditor, para confirmação de medição de bolsas. | SIM | R\$ 35,31 |
| 85300039 | RASPAGEM SUB-GENGIVAL / ALISAMENTO RADICULAR | Por Segmento. Bolsas Acima de 4 mm. Uma por semestre. Não aplicar concomitantemente com os itens "Cirurgia Periodontal a Retalho, Raspagem supra-gengival e Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental" em um mesmo segmento. Encaminhar radiografias e/ou Periograma, se solicitado pelo auditor, para confirmação de medição de bolsas. | SIM | R\$ 62,43 |
| 85300098 | MANUTENÇÃO TRIMESTRAL DE TRATAMENTO PERIODONTAL (BOCA TODA) | 1. Procedimento único na Guia, mediante autorização prévia do plano; 2. Trimestral, restrita a pacientes com alto risco de doença periodontal, bolsas profundas e sangramento espontâneo ou exsudato; 3. Inclui a consulta, raspagem supra e subgengival de bolsas, profilaxia, remoção de fatores de retenção, orientação de higiene bucal, evidênciação de placa, aplicação tópica de flúor; 4. Necessita de relatório contendo identificação do paciente, diagnóstico, o período solicitado e o prognóstico; 5. Não poderá ser concomitante os demais Tratamentos Não Cirúrgicos Periodontais e Profilaxia; 6. Se houver necessidade de cirurgia periodontal, este procedimento não poderá ser cobrado no mesmo trimestre. | SIM (somente para aprovação e determinação do período a ser liberado) | R\$ 259,18 |
| 85300012 | DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA | Por Sessão. Máximo 2 sessões com uma semana de intervalo pelo menos. Somente em regiões com hipersensibilidade comprovada. Exclui a aplicação de flúor pós raspagem. | SIM | R\$ 62,43 |

| 85300020 | IMOBILIZAÇÃO DENTARIA | Mínimo 3 dentes | | R\$ 124,23 |
|---|---|--|-----------------|------------|
| 82000921 | GENGIVECTOMIA | Não concomitante com Cirurgia a Retalho, Gengivoplastia e Aumento de Coroa Clínica. Não pode ser utilizado para reabertura de implantes dentários. | SIM | R\$ 138,10 |
| 82000948 | GENGIVOPLASTIA | Não concomitante com Cirurgia a Retalho, Gengivectomia e Aumento de Coroa Clínica. Não pode ser utilizado para reabertura de implantes dentários. | SIM | R\$ 141,88 |
| 82001685 | TUNELIZAÇÃO | Em dentes multirradiculares com raízes divergentes e lesão de furca grau II ou III com ou sem tratamento endodôntico. | SIM | R\$ 152,60 |
| 82000212 | AUMENTO DE COROA CLÍNICA | Não concomitante com os códigos Cirurgia a Retalho e Gengivectomia ou Gengivoplastia. | INICIAL | R\$ 144,41 |
| 82000417 | CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO | Por Segmento. Não poderá ser concomitante com as Raspagens Supra e Sub-gengivais ou Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental, no mesmo segmento. Uma a cada 180 dias por segmento. | SIM | R\$ 152,60 |
| 82000557 | CUNHA PROXIMAL | Somente em região retro-molar. | | R\$ 152,60 |
| 82001073 | ODONTO-SECÇÃO | Com manutenção das raízes. Apresentar RX inicial e final do caso. | SIM | R\$ 84,50 |
| 82000069 | AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | Odonto-secção inclusa | | R\$ 138,10 |
| 82000050 | AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | Odonto-secção inclusa | | R\$ 152,60 |
| 82001464 | SEPULTAMENTO RADICULAR | | | R\$ 152,60 |
| 82000689 | ENXERTO PEDICULADO DE GENGIVA (POR SEGMENTO) | | SIM | R\$ 144,41 |
| 82000662 | ENXERTO LIVRE DE GENGIVA (POR SEGMENTO) | | SIM | R\$ 169,00 |
| 85400025 | AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO - 4 HEMIARCOS | Exclui-se o ajuste de próteses e restaurações recém executadas pelo profissional. Uma a cada 360 dias. | | R\$ 93,33 |
| OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE: | | | | |
| ORTODONTIA | | | | |
| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
| 86000055 | APARELHOS EXTRA BUCAL | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 326,65 |
| 86000144 | ARCO LINGUAL | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 289,44 |
| 86000195 | BOTÃO DE NANCE | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 289,44 |
| 86000152 | BARRA TRANSPALATINA FIXA | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 289,44 |
| 86000160 | BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 289,44 |
| 86000535 | PLACA LABIAL ATIVA | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 289,44 |
| 86000470 | PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 410,52 |
| 86000560 | QUADRIHELICE | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 368,27 |
| 86000314 | GRADE PALATINA FIXA | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 285,66 |
| 86000322 | GRADE PALATINA REMOVÍVEL | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 161,43 |
| 22811010 | APARELHO PARA PEQUENOS MOVIMENTOS | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 289,44 |
| 86000284 | DISTALIZADOR TIPO JONES JIG | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 289,44 |
| 86000462 | PLACA DE HAWLEY | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 289,44 |
| 86000551 | PLANO INCLINADO | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 206,21 |
| 86000390 | MENTONEIRA | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | FINAL | R\$ 607,90 |
| 22811028 | ORTOPEdia FUNCIONAL DOS MAXILARES - POR ARCADA | Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | SIM | R\$ 607,90 |
| 86000098 | APARELHO ORTODONTICO FIXO METÁLICO | Total, por arcada. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | SIM | R\$ 821,04 |
| 86000110 | APARELHO ORTODONTICO FIXO METÁLICO PARCIAL | Parcial por arcada. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | SIM | R\$ 736,54 |
| 22811052 | CP - ORTODONTIA INTEGRAL - PLANEJAMENTO E INSTALACAO (1ª SESSAO) | 1ª Sessão, conforme regulamento específico | INICIAL E FINAL | R\$ 220,71 |
| 22811036 | CP - ORTODONTIA INTEGRAL - SESSAO DE MANUTENCAO (2ª A 29ª SESSAO) | 2ª a 29ª Sessão, conforme regulamento específico. (Total 28 Sessões) | NÃO | R\$ 220,71 |
| 22811060 | CP - ORTODONTIA INTEGRAL - SESSAO DE CONCLUSAO (30ª SESSAO) | 30ª Sessão, conforme regulamento específico. | FINAL | R\$ 220,71 |
| 86000330 | HERBST ENCAPSULADO | Fixo, único, atua em ambas as arcadas. Exclusivamente para casos de pacientes Classe II, que não colaboram no uso de aparelhos móveis. | SIM | R\$ 969,86 |
| 86000225 | DISJUNTOR PALATINO - HIRAX | | FINAL | R\$ 388,45 |
| 86000233 | DISJUNTOR PALATINO - MACNAMARA | | FINAL | R\$ 388,45 |
| 86000373 | MANUTENÇÃO DE APARELHO MOVEL | Controle Mensal. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | | R\$ 99,63 |
| 86000357 | MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO | Controle Mensal. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral | | R\$ 122,97 |

| PRÓTESE | | | | |
|---|---|---|-----------|--------------|
| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
| 81000243 | DIAGNÓSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO | Por arcada - Modelos de Estudo com enceramento progressivo. Se o enceramento for realizado em somente uma arcada, só poderá ser cobrada uma vez, sendo o modelo antagonista parte inerente do procedimento - Montagem em articulador semi-ajustável – Somente para Próteses fixas com mais de 5 elementos. Os modelos encerados devem ser enviados para a Auditoria Inicial do plano de tratamento protético, sob risco de glosa. | SIM | R\$ 97,30 |
| 85400556 | RESTAURAÇÃO METALICA FUNDIDA | Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 460,22 |
| 85400513 | RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - INLAY | Mínimo 3 faces. Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 823,79 |
| 85400521 | RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - ONLAY | Mínimo 3 faces. Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 823,79 |
| 85400548 | RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY | Mínimo 3 faces. Uma a cada 3 anos. | SIM | R\$ 633,78 |
| 85400530 | RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY | Mínimo 3 faces. Uma a cada 3 anos. | SIM | R\$ 633,78 |
| 85400190 | FACETA DE CERÔMERO | Uma a cada 3 anos. | SIM | R\$ 633,78 |
| 85400181 | FACETA DE PORCELANA | Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 823,79 |
| 85400505 | REMOÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS | Não será paga a remoção dos trabalhos protéticos já removidos, antes da Auditoria, ou de provisórios. Desgaste com brocas. | SIM | R\$ 65,09 |
| 85400467 | RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS | Será glosada a recolocação de próteses executadas pelo mesmo profissional, durante o período de prazo intervalar da prótese. Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único. Exclui a recolocação de provisórias. | | R\$ 50,62 |
| 85400220 | NUCLEO METALICO FUNDIDO | Comprovar p/ RX Inicial e Final. Um a cada 5 anos. | SIM | R\$ 205,78 |
| 85400262 | NÚCLEO PRÉ FABRICADO (FIBRA DE VIDRO OU DE CARBONO) (EXCLUI PINO DAVIS) | Núcleo pré fabricado em fibra de vidro ou de carbono (exclui Pino Davis). Necessário RX final para verificação do espaço para o pino (comprimento e posição). Um a cada 5 anos. | SIM | R\$ 110,45 |
| 85400211 | NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM RESINA OU IONÔMERO | Em Resina ou Ionômero. Somente em dentes tratados endodonticamente. Necessário RX para comprovação. | SIM | R\$ 103,88 |
| 85400076 | COROA PROVISORIA COM PINO | Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único. Exclui a recolocação de provisórias. Uma a cada 180 dias. | | R\$ 159,10 |
| 85400084 | COROA PROVISORIA SEM PINO | Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único. | | R\$ 150,56 |
| 85400092 | COROA TOTAL ACRÍLICA PRENSADA | Não é válido como provisória. Um a cada 3 anos. | SIM | R\$ 270,21 |
| 85400114 | COROA TOTAL EM CERÔMERO | Uma a cada 3 anos. | SIM | R\$ 633,78 |
| 85400106 | COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA | Metal free ou In-Ceram. Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 981,58 |
| 85400157 | COROA TOTAL METALO CERÂMICA | Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 919,12 |
| 85400165 | COROA TOTAL METALO PLÁSTICA – CERÔMERO | Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 633,78 |
| 85400149 | COROA TOTAL METALICA | Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 460,22 |
| 85400335 | PRÓTESE PARCIAL FIXA METALO-CERAMICA | Por elemento. Válida para pânticos sobre implantes. Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 934,90 |
| 85400343 | PRÓTESE PARCIAL FIXA METALO-PLASTICA | Por elemento. Válida para pânticos sobre implantes. Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 633,78 |
| 85400289 | PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA | Provisória | FINAL | R\$ 222,88 |
| 85400300 | PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA METALO CERAMICA | Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 1.092,69 |
| 85400319 | PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA METALO PLASTICA | Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 1.023,00 |
| 85400297 | PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE) | Reforço em fibra incluso. Uma a cada 3 anos. | SIM | R\$ 871,78 |
| 85400394 | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRILICO COM OU SEM GRAMPOS | | SIM | R\$ 437,21 |
| 85400386 | PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL COM GRAMPOS BILATERAL | Estrutura Metálica. Uma a cada 3 anos. | SIM | R\$ 1.028,91 |
| 22809015 | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS UNILATERAL | Estrutura Metálica. Uma a cada 3 anos. | SIM | R\$ 713,99 |
| 85400378 | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO | Estrutura Metálica. Uma a cada 3 anos. | SIM | R\$ 1.188,02 |
| 22809023 | ENCAIXE FEMEA OU MACHO (POR ENCAIXE) | | SIM | R\$ 267,58 |
| 85400408 | PRÓTESE TOTAL | Dentes nacionais de alta qualidade, acrílico rosa ou incolor, caracterização de gengivas- sistema Thomas Gomes. Uma a cada 3 anos. | SIM | R\$ 1.013,79 |
| 85400416 | PRÓTESE TOTAL IMEDIATA | | SIM | R\$ 633,78 |
| 85400491 | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (EM LABORATÓRIO) | Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único. | | R\$ 222,88 |
| 85400602 | PONTO DE SOLDA | Um para cada 3 elementos unidos. Somente para próteses fixas com 4 ou mais elementos. | | R\$ 111,77 |
| 85400033 | CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO) | Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único. | | R\$ 168,31 |
| 85400050 | CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO) | Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único. | | R\$ 168,31 |
| OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE: | | | | |

| CIRURGIA | | | | |
|---|---|---|-----------|------------|
| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
| 82000875 | EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE | Inclui extração do dente, toaleta da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios | | R\$ 114,14 |
| 82000816 | EXODONTIA A RETALHO | Dentes semi-inclusos ou exodontia executada por via não alveolar. Inclui abertura do retalho, extração do dente, toaleta da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios. | SIM | R\$ 130,53 |
| 82000859 | EXODONTIA DE RAIZES RESIDUAIS | Inclui extração do dente, toaleta da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios. | | R\$ 114,14 |
| 22810013 | EXODONTIA DE DENTES EXTRANUMERÁRIOS | Dentes extranumerários totalmente erupcionados; | | R\$ 114,14 |
| 22810021 | EXODONTIA DE DENTES EXTRANUMERÁRIOS INCLUSOS OU IMPACTADOS | Exclusivo para dentes extranumerários inclusos ou impactados. Apresentar radiografia comprobatória inicial e final. | | R\$ 380,88 |
| 82001286 | REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS OU IMPACTADOS | Inclui e a extração do dente, odontosecção se necessária, toaleta da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios. Comprovar c/ RX Inicial e Final. | SIM | R\$ 380,88 |
| 82000034 | ALVEOLOPLASTIA | Consiste em corrigir cirurgicamente os alvéolos dentários após a realização de extrações múltiplas; | SIM | R\$ 206,21 |
| 82000239 | BIOPSIA DE BOCA | Incisional. Somente o procedimento da biopsia. Se a lesão for retirada completamente (biopsia excisional), deve ser cobrado o código correspondente ao procedimento Ex: Excisão de mucocele etc. | SIM | R\$ 152,60 |
| 82000190 | APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO | Por Arcada | SIM | R\$ 250,98 |
| 82000395 | CIRURGIA PARA TORUS PALATINO | | SIM | R\$ 274,31 |
| 82000387 | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL | | SIM | R\$ 274,31 |
| 82000360 | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL | | SIM | R\$ 457,81 |
| 82000182 | APICETOMIA UNIRADICULAR | Comprovar c/ RX Inicial e Final. | SIM | R\$ 228,28 |
| 82000174 | APICETOMIA UNIRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA | Comprovar c/ RX Inicial e Final. | SIM | R\$ 256,65 |
| 82000085 | APICETOMIA BIRADICULAR | Comprovar c/ RX Inicial e Final. | SIM | R\$ 281,88 |
| 82000077 | APICETOMIA BIRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA | Comprovar c/ RX Inicial e Final. | SIM | R\$ 303,95 |
| 82000166 | APICETOMIA MULTIRADICULAR | Comprovar c/ RX Inicial e Final. | SIM | R\$ 326,65 |
| 82000158 | APICETOMIA MULTIRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA | Comprovar c/ RX Inicial e Final. | SIM | R\$ 349,98 |
| 82000883 | FRENULECTOMIA LABIAL | | | R\$ 144,41 |
| 82000891 | FRENULECTOMIA LINGUAL | | | R\$ 228,28 |
| 82000298 | BRIDECTOMIA | Por Arcada | | R\$ 138,10 |
| 82001634 | TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS – SEM RECONSTRUÇÃO | Osteoma, Odontoma e outros. Comprovar c/ RX Inicial e Final. | SIM | R\$ 380,88 |
| 82000786 | EXÉRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS | Comprovar c/ RX Inicial e Final. Não compreende a curetagem de pequenos cistos periapicais, que faz parte do toaleta da cavidade, inerente ao procedimento da exodontia. | SIM | R\$ 228,28 |
| 82000808 | EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA | | SIM | R\$ 161,43 |
| 82000778 | EXÉRESE OU EXCISÃO DE CALCULO SALIVAR | Comprovar c/ RX Inicial e Final. | SIM | R\$ 228,28 |
| 82000794 | EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE | | SIM | R\$ 160,17 |
| 82001030 | INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | R\$ 114,14 |
| 82001022 | INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | | | R\$ 130,53 |
| 82000441 | COLETA DE RASPADO EM LESÕES DE SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL | | | R\$ 73,15 |
| 82001103 | PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL | | | R\$ 143,15 |
| 82001170 | FRATURAS ALVEOLO-DENTARIAS - REDUÇÃO CRUENTA | | | R\$ 211,25 |
| 82001189 | FRATURAS ALVEOLO-DENTARIAS - REDUÇÃO INCRUENTA | Incluída a imobilização temporária | | R\$ 211,25 |
| 82001251 | REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO | Incluída a imobilização temporária | | R\$ 197,38 |
| 82001430 | RETIRADA DOS MEIOS DE FIXAÇÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | Quando realizada em consultório, sob anestesia local. Comprovar c/ RX Inicial e Final. | SIM | R\$ 228,28 |
| 82001707 | ULECTOMIA | | | R\$ 93,33 |
| 82001715 | ULOTOMIA | | | R\$ 93,33 |
| 82001510 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA BUCO-NASAL | | SIM | R\$ 398,54 |
| 82001529 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA BUCO-SINUSAL | | SIM | R\$ 398,54 |
| 82001499 | SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO- MAXILO-FACIAL | | SIM | R\$ 73,15 |
| 82001391 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL | | SIM | R\$ 328,54 |
| 82001502 | TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA | Comprovar c/ RX Inicial e Final. | SIM | R\$ 334,85 |
| OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE: | | | | |

| DISFUNÇÃO DA ATM | | | | |
|---------------------------------|--|--|-----------|--------------|
| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
| 82001197 | REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (ATM) | Procedimento ambulatorial | | R\$ 110,35 |
| 85400246 | ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA) | Tipo Michigan. Somente acrílicas. Não é permitida a execução de Placas em Silicone ou Acetato. Uma a cada 360 dias. Ajuste da placa faz parte do procedimento. | FINAL | R\$ 380,88 |
| 22812016 | MANUTENÇÃO DE TRATAMENTO DE DISFUNÇÃO DE ATM | 1-Inclui a consulta, o ajuste da placa, fisioterapia da ATM, e/ou pequenos ajustes oclusais; 2-Restrita a pacientes com diagnóstico de Disfunção de ATM; 3-Necessita relatório contendo plano de tratamento, prognóstico e número de sessões necessárias e a periodicidade pré- planejada; 4-Limitada a 12 sessões para o tratamento completo; 5-Mediante avaliação do Auditor (Perito) e autorização prévia do plano. 6-Os casos de retratamento deverão ser analisados pela gestão do plano odontológico. | SIM | R\$ 99,63 |
| IMPLANTODONTIA - FASE CIRÚRGICA | | | | |
| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
| 82000620 | ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO | Considerar Um enxerto para até dois implantes. Necessidade de indicação dos dentes e arcada. Somente para casos onde a necessidade seja devidamente comprovados pelo perito. Não é cabível em casos de reposição, com osso retirado da área do implante. Exclusivo para Implantes. Limitado a 4 por arcada. | SIM | R\$ 380,88 |
| 82001243 | REGENERAÇÃO TECIDUAL GUIADA - RTG | Exclusivo para Implantes. Considerar até 2 implantes contíguos como um só elemento. Somente para casos onde a necessidade seja devidamente comprovada pelo Avaliador. Limitado a 4 por arcada. | SIM | R\$ 341,15 |
| 82000980 | IMPLANTE OSSEOINTEGRADO | Limitado a 4 elementos por arcada. | SIM | R\$ 1.048,05 |
| 82000964 | IMPLANTE ORTODÔNTICO | Inclui a colocação e a remoção posterior. Limitado a 2 elementos por paciente. | SIM | R\$ 228,28 |
| 82001049 | LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO AUTÓGENO | Inclui a retirada de osso da área doadora intra-bucal. Para efeitos administrativos, equivale a 2 procedimentos de código 82000620. Para levantamento de seio pela técnica de Summers, utilizar o código 82000620 (Enxerto com osso liofilizado), mesmo que não seja utilizado osso liofilizado. | SIM | R\$ 836,17 |
| 82001057 | LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO HOMÓLOGO | Para efeitos administrativos, equivale a 2 procedimentos de código 82000620. Para levantamento de seio pela técnica de Summers, utilizar o código 82000620 (Enxerto com osso liofilizado), mesmo que não seja utilizado osso liofilizado. | SIM | R\$ 836,17 |
| 22813020 | ENXERTO ÓSSEO EM BLOCO (autógeno ou não autógeno) - POR SEGMENTO | Limitado a 2 segmentos por arcada. Inclui a retirada de osso da área doadora intra- bucal e parafuso de fixação. Para efeitos administrativos, equivale a 2 procedimentos de código 82000620. | SIM | R\$ 912,47 |
| IMPLANTODONTIA - FASE PROTÉTICA | | | | |
| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | INSTRUÇÕES | AUDITORIA | VALOR |
| 85500070 | INTERMEDIÁRIO PROTÉTICO (PARA IMPLANTES) | As UCLAs e a sobre-fundição do munhão, estão inclusas no valor da Coroa Metalo- Cerâmica e da Coroa Metalo-Plastica sobre Implante, não podendo ser utilizado este código. Parafuso incluso. Limitado aos 4 implantes pagos pelo plano por arcada. Um a cada 3 anos. | SIM | R\$ 373,31 |
| 22814019 | ATTACHMENT BOLA POR ELEMENTO | Limitado aos 4 implantes pagos pelo plano por arcada. Um a cada 3 anos. | SIM | R\$ 183,50 |
| 22814027 | O'RING PARA PROTESE TOTAL POR ELEMENTO | As eventuais substituições dos anéis de silicone ou similares não são cobertas pelo plano. | SIM | R\$ 130,53 |
| 85500208 | BARRA/CLIP PARA APOIO DE PROTESE TOTAL | Inclui a barra, parafuso e os clips. Até 3 implantes. As eventuais substituições dos clips ou similares, não são cobertas pelo plano. | SIM | R\$ 821,04 |
| 85400130 | COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE - CERÔMERO | Limitado aos 4 implantes pagos pelo plano por arcada. Uma a cada 5 anos. Já inclui os componentes necessários para sua execução e o fechamento dos parafusos. Não pode ser utilizado como prótese provisória. | SIM | R\$ 662,13 |
| 85500038 | COROA TOTAL METALO CERÂMICA SOBRE IMPLANTE | Limitado aos 4 implantes pagos pelo plano por arcada. Já inclui os componentes necessários para sua execução e o fechamento dos parafusos. Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 918,78 |
| 85500011 | COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE | Não pode ser cobrada na mesma guia que a prótese definitiva. Limitado aos 4 implantes pagos pelo plano, por arcada. Somente para casos de carga imediata com motivo estético devidamente justificado, quando a provisória for permanecer por pelo menos 90 dias em posição. Já inclui os componentes necessários para sua execução. | SIM | R\$ 244,67 |
| 85500100 | OVERDENTURE BARRA CLIPE OU O'RING SOBRE QUATRO OU MAIS IMPLANTES | Elementos de união ao implante cobrados à parte, conforme o tipo de prótese (O'ring ou Barra clip).Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 1.063,82 |

| | | | | |
|----------|--|---|-----|--------------|
| 85500160 | PROTOCOLO BRANEMARK PARA 4 OU MAIS IMPLANTES | Inclui: 4 a 6 uclas + barra fundida + montagem de dentes + acrilização + boca de dentes nacionais de alta qualidade + 4 a 6 análogos + 4 a 6 uclas calcináveis + 4 a 6 parafusos. Uma a cada 5 anos. | SIM | R\$ 4.554,17 |
| 85500089 | MANUTENÇÃO PERIODONTOAL DE PROTOCOLO BRANEMARK (POR UNIDADE) | 1-Uma vez a cada 360 dias; 2-Compreende a remoção, raspagem de indutos ou cálculo, polimento, profilaxia, recolocação e cobertura dos parafusos; 3-Eventuais substituições de parafusos, não serão cobertas pelo plano; | SIM | R\$ 274,31 |

OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE:

- 1- Não serão cobertas as cirurgias complexas de Osteotomia e Osteoplastia com finalidade de implantodontia;
- 2- Os ossos humanos utilizados para enxertos, adquiridos de bancos de ossos oficiais, terão seus custos cobertos integralmente pelo beneficiário, sem interferência da ITAIPU, os demais casos estão contemplados no valor do procedimento.
- 3- Não serão pagos os tratamentos realizados de forma diferente do que foi avaliado pelos auditores.
- 4- Os valores acima foram baseados no custo dos procedimentos, utilizando materiais nacionais de qualidade comprovada.
- 5- Não devem ser efetuadas cobranças adicionais sob qualquer pretexto, sobre os serviços cobertos por esta tabela. Casos omissos devem ser comunicados à ITAIPU.
- 6- Nos casos de enxerto por osteossíntese onde seja necessária uma quantidade maior de osso (utilizando osso de crista ilíaca ou de outra parte do corpo), devem ser utilizadas as regras para cirurgia médica. Contatar a ITAIPU;
- 7- O prazo intervalar para a substituição das próteses é de 5 anos.
- 8- O profissional deve alertar o paciente sobre a possibilidade de insucessos, sendo esses, de exclusiva responsabilidade do profissional;
- 9- Serão autorizados 8 implantes por paciente, 4 por arcada.
- 10- Deve ser preenchida uma Ficha Odontológica para cada etapa do tratamento (cirúrgica e protética) e encaminhadas para a Perícia Inicial.
- 11- Enviar as radiografias para o Perito. Etapas cirúrgica e protética: a) Inicial - Panorâmica b) Final - Periapicais ou Panorâmica (no caso de próteses extensas)
- 12- Não serão autorizadas pela administração do plano, as próteses totais em metalo-cerâmica sobre implantes (que substituam uma arcada inteira de dentes, com coroas unidas, isoladas ou em grupos.
- 13- Não serão autorizadas as substituições de próteses fixas, consideradas tecnicamente satisfatórias, bem como a extração de dentes onde seja possível a instalação de prótese fixa, com a finalidade de colocação de implantes em seu lugar.
- 14- Para implantes realizados numa mesma área contígua, será paga somente uma Membrana Biológica para Regeneração Tecidual Guiada – Código 82001243, por grupo de até três implantes. Ex.: dentes 14 e 15 ou 14, 15 e 16 – uma membrana, dentes 14, 15 e 26 – duas membranas, dentes 14, 15, 16 e 17 – duas membranas.
- 15- No caso de insucesso do implante sem respeitar o período de osseointegração, motivado pela prematuridade da carga sobre ele, este deve ser substituído ou reembolsado pelo profissional.
- 16- Os procedimentos de Implante exigem autorização administrativa, realizada na sede da ITAIPU ou com os representantes locais, além da Avaliação Técnica com os profissionais indicados pela empresa.
- 17- Os procedimentos da fase protética da tabela de implantes podem ser executados por profissional de qualquer especialidade, credenciado pela empresa.
- 18- Somente encaminhar os pacientes cirúrgicos para Avaliação Técnica Final, após a retirada da sutura ou após alta clínica;