

1. INSTRUÇÕES GERAIS

- 1- Todos os tratamentos acima de R\$ 600,00 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,
- 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- Não é permitido o desmembramento do tratamento;
- 5- 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;
- 6- Somente encaminhar os pacientes cirúrgicos para Avaliação Técnica Final, após a retirada da sutura ou após alta clínica.

2. TABELA ODONTOLÓGICA

Vigência: 06/07/2018

EXAME CLÍNICO					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
81000065	110-9	CONSULTA INICIAL (EXAME CLÍNICO E ORÇAMENTO)	Uma a cada 180 dias com o mesmo profissional.		R\$ 43,50
81000049	120-6	CONSULTA DE URGÊNCIA - SAB, DOM, FERIADOS E NOTURNA	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\$ 68,00
81000189	133-8	DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO ESPECIALIZADO (ESPECÍFICO DAS ESPECIALIDADES DE ESTOMATOLOGIA, DISFUNÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR E DOR ORO-FACIAL E PATOLOGIA BUCAL)	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-Independente da avaliação pela perícia, a procedência do procedimento será reavaliada pela Auditoria do plano;	SIM	R\$ 98,50
81000073	130-3	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA			R\$ 43,50

RADIOLOGIA					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
81000421	210-5	RX PERIAPICAL			R\$ 12,00
81000375	220-2	RX BITE-WING (INTERPROXIMAL)			R\$ 12,00
81000294	225-3	RX PERIAPICAL SERIE COMPLETA	Mínimo 10 radiografias. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Um a cada 360 dias.		R\$ 109,50
81000383	230-0	RX OCLUSAL			R\$ 23,00
81000430	240-7	RX POSTERO-ANTERIOR			R\$ 52,50
81000340	250-4	RX DA ATM - SÉRIE COMPLETA	3 Incidências por lado		R\$ 109,50
81000405	260-1	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			R\$ 52,50
81000413	301-2	RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM TRAÇADO PARA IMPLANTES	Para Implantes.		R\$ 68,00
81000480	270-9	TELERADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO			R\$ 74,00
81000472	280-6	TELERADIOGRAFIA SEM TRAÇADO			R\$ 58,00
81000367	290-3	RX DA MÃO E PUNHOS (CARPAL)	Com laudo de identificação de idade óssea		R\$ 58,00
22802010	295-4	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\$ 181,00
81000308	300-4	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\$ 58,00
22802029	90003500	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\$ 362,00
22802037	90003519	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\$ 223,50

22802045	90003527	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\$ 302,00
22802053	90003535	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\$ 519,50
OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE		1- Radiografias que não permitirem boa visualização do caso, e/ou com baixa qualidade de processamento, serão glosadas; 2-No caso de Auditoria, todas as radiografias devem ser enviadas para o Auditor, devidamente protegidas e identificadas, em cartelas próprias ou envelopes. 3- Para efeitos de cumprimento de prazo intervalar, só pode ser realizado um dos procedimentos de códigos 22802037, 22802045 ou 22802053 a cada 360 dias.			

PREVENÇÃO					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
84000198	510-4	PROFILAXIA – POLIMENTO CORONÁRIO	Por Arco Dental. Uma a cada 180 dias.		R\$ 30,50
84000090	610-0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	Boca toda. Uma a cada 180 dias.		R\$ 37,50
84000139	612-7	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	Uma a cada 360 dias.		R\$ 37,50
84000244	613-5	TESTE DE FLUXO SALIVAR	Um a cada 180 dias.		R\$ 43,50
84000252	616-0	TESTE DE PH SALIVAR	Um a cada 180 dias.		R\$ 43,50
85100242	615-1	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL	Boca toda. Selamento de cavidades múltiplas com Ionômero de Vidro. Obrigatoriedade de indicação dos dentes a intervir.		R\$ 61,00
84000031	614-3	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	Boca toda.		R\$ 49,50
84000201	611-9	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\$ 74,00
84000074	620-8	APLICAÇÃO DE SELANTE - POR ELEMENTO	Somente para dentes decíduos e dentes permanentes eruptados 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\$ 45,50
84000058	617-8	APLICAÇÃO DE SELANTE- TÉCNICA INVASIVA- POR ELEMENTO	Somente para dentes permanentes eruptados a até 2 anos. Uma a cada 360 dias.	SIM	R\$ 55,50

ODONTOPEDIATRIA					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
85100137	985-1	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE	Restauração definitiva. Não é válido para base de restaurações.		R\$ 67,00
83000020	700-0	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO		FINAL	R\$ 114,50
83000046	711-5	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO		FINAL	R\$ 114,50
83000062	712-3	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO		FINAL	R\$ 114,50
83000127	720-4	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	Apresentar RX Inicial e Final em Caso de Auditoria (Perícia).		R\$ 91,50
83000151	730-1	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	Apresentar RX Inicial e Final em Caso de Auditoria (Perícia). Não utilizar para pulpotomias.		R\$ 139,00
83000135	731-0	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO	Remoção de cárie com cureta, e selamento com Ionômero de Vidro.		R\$ 38,50
83000089	740-9	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO			R\$ 61,00
83000097	750-6	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	Um a cada 360 dias. Necessidade de Auditoria inicial e final.	SIM	R\$ 211,50
83000100	751-4	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	Um a cada 360 dias. Necessidade de Auditoria inicial e final.	SIM	R\$ 210,50
81000014	780-8	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	Por sessão. Máximo duas sessões.		R\$ 49,50
22804013	781-6	RESTAURAÇÃO PREVENTIVA	Resina + Ionômero		R\$ 74,00

DENTÍSTICA (É obrigatória a identificação do dente e faces envolvidas)					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
85100099	910-0	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 1 FACE			R\$ 61,00
85100102	920-7	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 2 FACES			R\$ 77,00
85100110	930-4	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 3 FACES			R\$ 85,00
85100129	931-2	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 4 OU MAIS FACES			R\$ 90,50
85100048	971-1	COLAGEM DE FRAGMENTOS (POR ELEMENTO)	Recolocação de partes de dente que sofreu fratura , através da utilização de material dentário adesivo.		R\$ 85,00
85100196	981-9	REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE			R\$ 61,00
85100200	982-7	REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES			R\$ 77,00
85100218	983-5	REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 3 FACES			R\$ 85,00
85100226	984-3	REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 4 OU MAIS FACES			R\$ 90,50
85100137	985-1	RESTAURAÇÃO A IONOMERO DE VIDRO - 1 FACE	Não utilizar para restaurações mistas, ou como forramento.		R\$ 67,00
85100145	991-6	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 2 FACES	Não utilizar para restaurações mistas, ou como forramento.		R\$ 58,00
85100153	992-4	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 3 OU MAIS FACES	Não utilizar para restaurações mistas, ou como forramento.		R\$ 60,00
85200085	993-2	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	Somente para dentes com vitalidade, quando houver exposição pulpar acidental. OBRIGATÓRIA A JUSTIFICATIVA DO PROFISSIONAL.		R\$ 38,50
22805010	986-0	RECUPERAÇÃO DE RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA			R\$ 61,00
22805028	987-8	RECUPERAÇÃO DE RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL			R\$ 61,00
85100064	990-8	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	Inclui possíveis restaurações proximais ou 2 ângulos.	SIM	R\$ 97,50
OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE		1- As restaurações devem ser cobradas de acordo com o número de faces restauradas, independentemente do número de preparos cavitários; 2- Não serão permitidas as substituições de restaurações por motivos puramente estéticos.			

ENDODONTIA					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
85200166	2010-3	TRATAMENTO ENDODONTICO 1 CONDUTO	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 163,50
85200140	2020-0	TRATAMENTO ENDODONTICO 2 CONDUTOS	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 187,00
85200158	2030-8	TRATAMENTO ENDODONTICO 3 OU MAIS CONDUTOS	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 270,50
85200115	2050-2	RETRATAMENTO ENDODONTICO 1 CONDUTO	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 181,00
85200093	2060-0	RETRATAMENTO ENDODONTICO 2 CONDUTOS	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 235,00
85200107	2070-7	RETRATAMENTO ENDODONTICO 3 OU MAIS CONDUTOS	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 337,50
85200077	2100-2	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR (POR ELEMENTO)	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 90,50
85200026	2101-0	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	Só pode ser cobrado quando o núcleo for executado por outro profissional (outro contrato).		R\$ 42,50

85200123	2119-3	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO	Tratamento completo. Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 99,50
85200018	2121-5	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.		R\$ 61,00
85200131	2122-3	TRATAMENTO ENDODÔNTICO 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.		R\$ 67,00
85100013	2123-1	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	Tratamento expectante. Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), apresentar RX Inicial obrigatório. RX incluso. Excluindo a restauração final.		R\$ 49,50
OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE		1- As Radiografias estão incluídas no procedimento, exceto a inicial e a final; 2- Canais obturados parcialmente serão glosados. 3- Encaminhar as radiografias inicial e final, junto com a cobrança, para a ITAIPU, de todos os casos onde não foi realizada a Auditoria (Perícia). 4- Encaminhar as radiografias devidamente protegidas e identificadas, em cartelas próprias ou envelopes.			

PERIODONTIA (É obrigatória a identificação do segmento tratado)					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
85300055	631-3	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\$ 28,00
85300047	3004-4	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\$ 28,00
85300039	3005-2	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\$ 49,50

85300098	3006-0	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 subgingival de bolsas, profilaxia, remoção de fatores de retenção, orientação de higiene bucal, evidenciação 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\$ 205,50
85300012	3.050-8	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\$ 49,50
85300020	3060-5	IMOBILIZAÇÃO DENTARIA	Mínimo 3 dentes		R\$ 98,50
82000921	3110-5	GENGIVECTOMIA	Não concomitante com Cirurgia a Retalho, Gengivoplastia e Aumento de Coroa Clínica. Não pode ser utilizado para reabertura de implantes dentários.	SIM	R\$ 109,50
82000948	3112-1	GENGIVOPLASTIA	Não concomitante com Cirurgia a Retalho, Gengivectomia e Aumento de Coroa Clínica. Não pode ser utilizado para reabertura de implantes dentários.	SIM	R\$ 112,50
82001685	3113-0	TUNELIZAÇÃO	Em dentes multirradiculares com raízes divergentes e lesão de furca grau II ou III com ou sem tratamento endodôntico.	SIM	R\$ 121,00
82000212	3111-3	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	Não concomitante com os códigos Cirurgia a Retalho e Gengivectomia ou Gengivoplastia.		R\$ 114,50
82000417	3120-2	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\$ 121,00
82000557	3140-7	CUNHA PROXIMAL	Somente em região retro-molar.		R\$ 121,00
82001073	3151-2	ODONTO-SECÇÃO	Com manutenção das raízes. Apresentar RX inicial e final do caso.	SIM	R\$ 67,00
82000069	3153-9	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Odonto-secção inclusa		R\$ 109,50
82000050	3154-7	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Odonto-secção inclusa		R\$ 121,00
82001464	3114-8	SEPULTAMENTO RADICULAR			R\$ 121,00
82000689	3160-1	ENXERTO PEDICULADO DE GENGIVA (POR SEGMENTO)		SIM	R\$ 114,50
82000662	3170-9	ENXERTO LIVRE DE GENGIVA (POR SEGMENTO)		SIM	R\$ 134,00
85400025	3171-7	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\$ 74,00
OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE		<p>1- Por falta de especificação dos 3 níveis de atenção periodontal não cirúrgica, na tabela TUSS, consideramos os códigos: a) 85300055 - Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental, equivalente à Terapêutica Periodontal Não Cirúrgica Nível 1; b) 85300047-Raspagem supra-gengival, equivalente à Terapêutica Periodontal Não Cirúrgica Nível 2; c) 85300039 - Raspagem sub-gengival, equivalente à Terapêutica Periodontal Não Cirúrgica Nível 3;</p> <p>É possível a cobrança de profilaxia e outros procedimentos de prevenção, à parte, conforme instruções próprias de cada procedimento;</p> <p>2- Poderá ser solicitado pelos Auditores, o Periograma e/ou radiografias para a identificação de bolsas periodontais;</p> <p>3- Só será considerado um segmento, o agrupamento de pelo menos 3 dentes. Dentes isolados deverão ser agrupados a outro segmento;</p>			

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE	4- Segmentos S-1 (18 a14), S-2 (13 a 23), S-3 (24 a 28), S-4 (38 a 34), S-5 (33 a 43), S-6 (44 a 48);
	5- Nas intervenções cirúrgicas estão previstos a troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós-operatórios;
	6- Não será autorizada mais de uma cirurgia por segmento, sem a avaliação do Auditor;
	7- Não será autorizada Raspagem Supra ou Sub Gengival e Cirurgia a Retalho em um mesmo segmento, concomitantemente;
	8-Somente encaminhar os pacientes cirúrgicos para Avaliação Técnica Final, após a retirada da sutura ou após alta clínica;
	9- Se um ato cirúrgico for parte integrante de outro, será pago apenas o ato principal e não a somatória do conjunto.

URGÊNCIA					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
85200034	3051-6	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\$ 68,00
82001650	3052-4	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\$ 82,00
85300080	3061-3	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	Tratamento completo		R\$ 79,00
85300063	3062-1	TRATAMENTO DE ABCESSO PERIODONTAL AGUDO	Tratamento completo		R\$ 79,00
82000468	3053-2	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\$ 79,00
82000484	3057-5	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\$ 61,00
22808019	3054-0	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\$ 68,00

PRÓTESE					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
81000243	4010-4	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\$ 74,00
85400556	4040-6	RESTAURAÇÃO METALICA FUNDIDA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 350,00
85400513	4050-3	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - INLAY	Mínimo 3 faces. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 626,50
85400521	4048-1	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - ONLAY	Mínimo 3 faces. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 626,50
85400548	4051-1	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY	Mínimo 3 faces. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 482,00
85400530	4049-0	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY	Mínimo 3 faces. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 482,00
85400190	4052-0	FACETA DE CERÔMERO	Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 482,00
85400181	4053-8	FACETA DE PORCELANA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 626,50
85400505	4060-0	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\$ 49,50

85400467	4070-8	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\$ 38,50
85400220	4080-5	NUCLEO METALICO FUNDIDO	Comprovar p/ RX Inicial e Final. Um a cada 5 anos.	SIM	R\$ 156,50
85400262	4081-3	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\$ 84,00
85400211	4082-1	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM RESINA OU IONÔMERO	Em Resina ou Ionômero. Somente em dentes tratados endodonticamente. Necessário RX para comprovação.	SIM	R\$ 79,00
85400076	4090-2	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\$ 121,00
85400084	4091-0	COROA PROVISORIA SEM PINO	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único.		R\$ 114,50
85400092	4120-8	COROA TOTAL ACRÍLICA Prensada	Não é válido como provisória. Um a cada 3 anos.	SIM	R\$ 205,50
85400114	4121-6	COROA TOTAL EM CERÔMERO	Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 482,00
85400106	4130-5	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	Metal free ou In-Ceram. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 746,50
85400157	4140-2	COROA TOTAL METALO CERÂMICA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 699,00
85400165	4150-0	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA – CERÔMERO	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 482,00
85400149	4160-7	COROA TOTAL METALICA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 350,00
85400335	4190-9	PRÓTESE PARCIAL FIXA METALO-CERAMICA	Por elemento. Válida para pânticos sobre implantes. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 711,00
85400343	4200-0	PRÓTESE PARCIAL FIXA METALO-PLASTICA	Por elemento. Válida para pânticos sobre implantes. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 482,00
85400289	4201-8	PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA	Provisória	FINAL	R\$ 169,50
85400300	4220-4	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA METALO CERAMICA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 831,00
85400319	4230-1	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA METALO PLASTICA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 778,00
85400297	4231-0	PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	Reforço em fibra incluso. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 663,00
85400394	4240-9	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRILICO COM OU SEM GRAMPOS		SIM	R\$ 332,50
85400386	4250-6	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL COM GRAMPOS BILATERAL	Estrutura Metálica. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 782,50
22809015	4251-4	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS UNILATERAL	Estrutura Metálica. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 543,00
85400378	4260-3	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO	Estrutura Metálica. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 903,50
22809023	4270-0	ENCAIXE FEMEA OU MACHO (POR ENCAIXE)		SIM	R\$ 203,50
85400408	4300-6	PRÓTESE TOTAL	Dentes nacionais de alta qualidade, acrílico rosa ou incolor, caracterização de gengivas- sistema Thomas Gomes. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 771,00
85400416	4310-3	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA		SIM	R\$ 482,00
85400491	4320-0	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (EM LABORATÓRIO)	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único.		R\$ 169,50
22809031	4321-9	PONTO DE SOLDA	Um para cada 3 elementos unidos. Somente para próteses fixas com 4 ou mais elementos.		R\$ 85,00
85400033	4380-4	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único.		R\$ 128,00
85400050	4381-2	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único.		R\$ 128,00

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE	1- Não terão cobertura os serviços de Próteses de quaisquer outros tipos, sobre o mesmo elemento dentário, realizados em prazo inferior ao prazo intervalar indicado à época do último procedimento feito;
	2- Não terão cobertura as próteses fixas em "cantilever" (suspensas), apoiadas sobre raízes dentárias;
	3- Enviar as radiografias iniciais e finais das próteses para a Auditoria.
	4- Não serão permitidas as substituições ou a execução de próteses, por motivos puramente estéticos.

CIRURGIA					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
82000875	5010-0	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\$ 90,50
82000816	5020-7	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\$ 103,50
82000859	5030-4	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\$ 90,50
22810013	5011-8	EXODONTIA DE DENTES EXTRANUMÉRARIOS	Dentes extranumerários totalmente erupcionados;		R\$ 90,50
22810021	5201-3	EXODONTIA DE DENTES EXTRANUMÉRARIOS INCLUSOS OU IMPACTADOS	Exclusivo para dentes extranumerários inclusos ou impactados. Apresentar radiografia comprobatória inicial e final.		R\$ 302,00
82001286	5200-5	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\$ 302,00
82000034	5040-1	ALVEOLOPLASTIA	Consiste em corrigir cirurgicamente os alvéolos dentários após a realização de extrações múltiplas;	SIM	R\$ 163,50
82000239	5060-6	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\$ 121,00
82000190	5070-3	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	Por Arcada	SIM	R\$ 199,00
82000395	5080-0	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO		SIM	R\$ 217,50
82000387	5090-8	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL		SIM	R\$ 217,50
82000360	5100-9	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL		SIM	R\$ 363,00
82000182	5110-6	APICETOMIA UNIRADICULAR	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 181,00
82000174	5120-3	APICETOMIA UNIRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 203,50
82000085	5130-0	APICETOMIA BIRADICULAR	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 223,50
82000077	5140-8	APICETOMIA BIRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 241,00
82000166	5150-5	APICETOMIA MULTIRADICULAR	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 259,00
82000158	5160-2	APICETOMIA MULTIRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 277,50
82000883	5170-0	FRENULECTOMIA LABIAL			R\$ 114,50
82000891	5180-7	FRENULECTOMIA LINGUAL			R\$ 181,00
82000298	5190-4	BRIDECTOMIA	Por Arcada		R\$ 109,50
82001634	5210-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS – SEM RECONSTRUÇÃO	Osteoma, Odontoma e outros. Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 302,00
82000786	5220-0	EXÉRESE OU EXCIÇÃO 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\$ 181,00
82000808	5300-1	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE RÂNULA		SIM	R\$ 128,00
82000778	5320-6	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CALCULO SALIVAR	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 181,00

82000794	5340-0	EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE		SIM	R\$ 127,00
82001030	5450-4	INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL			R\$ 90,50
82001022	5451-2	INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL			R\$ 103,50
82000441	5452-0	COLETA DE RASPADO EM LESÕES DE SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL			R\$ 58,00
82001103	5453-9	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL			R\$ 113,50
82001170	5660-4	FRATURAS ALVEOLO-DENTARIAS - REDUÇÃO CRUENTA			R\$ 167,50
82001189	5670-1	FRATURAS ALVEOLO-DENTARIAS - REDUÇÃO INCRUENTA	Incluída a imobilização temporária		R\$ 167,50
82001251	5680-9	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	Incluída a imobilização temporária		R\$ 156,50
82001430	5800-3	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\$ 181,00
82001707	5830-5	ULECTOMIA			R\$ 74,00
82001715	5832-1	ULOTOMIA			R\$ 74,00
82001510	5454-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA BUCO-NASAL		SIM	R\$ 316,00
82001529	5455-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA BUCO-SINUSAL		SIM	R\$ 316,00
82001499	5456-3	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL		SIM	R\$ 58,00
82001391	5457-1	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL		SIM	R\$ 260,50
82001502	5831-3	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 265,50
OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE	1- As cirurgias listadas acima, são exclusivamente ambulatoriais. Se houver a necessidade técnica de realização em ambiente hospitalar, as despesas hospitalares e de anestesia deverão ser arcadas pelo beneficiário, sem interferência do plano.				
	2- Com a finalidade de isonomia, as cirurgias de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial devem ser cobradas utilizando a tabela médica da Itaipu e as mesmas regras vigente para o plano médico. Utilizar Guia de Tratamento Odontológico com a codificação TUSS;				
	3- Não serão cobertas as cirurgias complexas de Osteotomia e Osteoplastia com finalidade de implantodontia;				
	4- Devem ser enviadas as radiografias iniciais e finais para a Auditoria do plano;				
	5-Somente encaminhar os pacientes cirúrgicos para Avaliação Técnica Final, após a retirada da sutura ou após alta clínica;				
	6- Nos casos de cirurgias eletivas, é obrigatório o envio de pelo menos 2 orçamentos do material de fixação a ser utilizado, sem a indicação de marca comercial. O hospital envia os orçamentos para o plano, para aprovação prévia;				
	7- Cirurgias Ortognáticas - serão utilizadas Tabela e Regras próprias da ITAIPU				

ORTODONTIA					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
86000055	6.010-5	APARELHOS EXTRA BUCAL	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 259,00
86000144	6011-3	ARCO LINGUAL	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 229,50
86000195	6020-2	BOTÃO DE NANCE	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 229,50
86000152	6021-0	BARRA TRANSPALATINA FIXA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 229,50
86000160	6022-9	BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 229,50

86000535	6030-0	PLACA LABIAL ATIVA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 229,50
86000470	6040-7	PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 325,50
86000560	6050-4	QUADRIHELICE	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 292,00
86000314	6060-1	GRADE PALATINA FIXA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 226,50
86000322	6070-9	GRADE PALATINA REMOVÍVEL	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 128,00
22811010	6080-6	APARELHO PARA PEQUENOS MOVIMENTOS	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 229,50
86000284	6071-7	DISTALIZADOR TIPO JONES JIG	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 229,50
86000462	6072-5	PLACA DE HAWLEY	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 229,50
86000551	6081-4	PLANO INCLINADO	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 163,50
86000390	6090-3	MENTONEIRA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 482,00
22811028	6100-4	ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES - POR ARCADA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	SIM	R\$ 482,00
86000098	6110-1	APARELHO ORTODONTICO FIXO METÁLICO	Total, por arcada. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	SIM	R\$ 651,00
86000110	6120-9	APARELHO ORTODONTICO FIXO METÁLICO PARCIAL	Parcial por arcada. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	SIM	R\$ 584,00
22811036	6121-7	ORTODONTIA INTEGRAL	Em 30 parcelas de R\$ 175,00 conforme regulamento específico.	SIM	R\$ 5.250,00
86000330	6122-5	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\$ 769,00
86000225	6123-3	DISJUNTOR PALATINO - HIRAX		FINAL	R\$ 308,00
86000233	6131-4	DISJUNTOR PALATINO - MACNAMARA		FINAL	R\$ 308,00
86000373	6130-6	MANUTENÇÃO DE APARELHO MOVEI	Controle Mensal. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral		R\$ 79,00
86000357	6140-3	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO	Controle Mensal. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral		R\$ 97,50

DISFUNÇÃO DA ATM					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
82001197	3058-3	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (ATM)	Procedimento ambulatorial		R\$ 87,50
85400246	3090-7	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\$ 302,00
22812016	3055-9	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\$ 79,00

IMPLANTODONTIA					
FASE CIRÚRGICA					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
82000620	6200-0	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\$ 302,00
82001243	6201-9	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. Desde que não concomitante com o código 22813012 (PRP).	SIM	R\$ 270,50
82000980	6202-7	IMPLANTE OSSEOINTEGRADO	Limitado a 4 elementos por arcada.	SIM	R\$ 831,00
82000964	6212-4	IMPLANTE ORTODÔNTICO	Inclui a colocação e a remoção posterior. Limitado a 2 elementos por paciente.	SIM	R\$ 181,00
22813012	6213-2	PRP - PLASMA RICO EM PLAQUETAS	Desde que não concomitante com o código 82001243 (Regeneração tecidual guiada – RTG).	SIM	R\$ 337,50
82001049	6214-0	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\$ 663,00
82001057	6217-5	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\$ 663,00
22813020	6215-9	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\$ 723,50

FASE PROTÉTICA					
CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
85500070	6204-3	INTERMEDIÁRIO PROTÉTICO (PARA IMPLANTES)	As UCAs e a sobre-fundição do munhão, estão inclusas no valor da Coroa Metal- Cerâmica e da Coroa Metal-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\$ 296,00
22814019	6205-1	ATACHMENT BOLA POR ELEMENTO	Limitado aos 4 implantes pagos pelo plano por arcada. Um a cada 3 anos.	SIM	R\$ 145,50
22814027	6206-0	O'RING PARA PROTESE TOTAL POR ELEMENTO	As eventuais substituições dos anéis de silicone ou similares não são cobertas pelo plano.	SIM	R\$ 103,50
22814035	6207-8	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\$ 651,00
85400130	6208-6	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\$ 525,00
85500038	6203-5	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\$ 728,50

85500011	6216-7	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\$ 194,00
85500100	6210-8	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\$ 843,50
85500160	6211-6	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\$ 3.611,00
85500089	6218-3	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\$ 217,50
OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE DE IMPLANTODONTIA		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;			

3. VIGÊNCIA: 06/07/2018 a 05/07/2019.