

### 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, 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- 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: 6/7/2016

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
<b>EXAME CLÍNICO</b>					
81000065	110-9	CONSULTA INICIAL (EXAME CLÍNICO E ORÇAMENTO)	Uma a cada 06 meses com o mesmo profissional.		R\$ 41,00
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\$ 64,00
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-Independentemente da avaliação pela perícia, a procedência do procedimento será reavaliada pela Auditoria do plano;	SIM	R\$ 93,00
81000073	130-3	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA			R\$ 41,00
81000030	140-0	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA FALTA NÃO JUSTIFICADA			R\$ 41,00
<b>RADIOLOGIA</b>					
81000421	210-5	RX PERIAPICAL			R\$ 11,00
81000375	220-2	RX BITE-WING (INTERPROXIMAL)			R\$ 11,00
81000294	225-3	RX PERIAPICAL SERIE COMPLETA	Mínimo 10 radiografias. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Um a cada 12 meses.		R\$ 104,00
81000383	230-0	RX OCLUSAL			R\$ 22,00

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
81000430	240-7	RX POSTERO-ANTERIOR			R\$ 50,00
81000340	250-4	RX DA ATM - SÉRIE COMPLETA	3 Incidências por lado		R\$ 104,00
81000405	260-1	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			R\$ 50,00
81000413	301-2	RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM TRAÇADO PARA IMPLANTES	Para Implantes.		R\$ 64,00
81000480	270-9	TELERADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO			R\$ 70,00
81000472	280-6	TELERADIOGRAFIA SEM TRAÇADO			R\$ 55,00
81000367	290-3	RX DA MÃO E PUNHOS (CARPAL)	Com laudo de identificação de idade óssea		R\$ 55,00
295-4	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\$ 172,00
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\$ 55,00
90003500	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\$ 344,00
90003519	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\$ 212,00
90003527	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\$ 287,00
90003535	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\$ 494,00
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE</b>		<b>1- Radiografias que não permitirem boa visualização do caso, e/ou com baixa qualidade de processamento, serão glosadas;</b>			
		<b>2-No caso de Auditoria, todas as radiografias devem ser enviadas para o Auditor, devidamente protegidas e identificadas, em cartelas próprias ou envelopes.</b>			
		<b>3- Para efeitos de carência, só pode ser realizado um dos procedimentos de códigos 90003519, 90003527 ou 90003535, por ano.</b>			

PREVENÇÃO					
84000198	510-4	PROFILAXIA – POLIMENTO CORONÁRIO	Por Arco Dental. Uma a cada 06 meses.		R\$ 29,00
84000090	610-0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	Boca toda. Uma a cada 06 meses.		R\$ 35,00
84000139	612-7	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	Uma a cada 12 meses.		R\$ 35,00
84000244	613-5	TESTE DE FLUXO SALIVAR	Uma a cada 6 meses.		R\$ 41,00
84000252	616-0	TESTE DE PH SALIVAR	Uma a cada 6 meses.		R\$ 41,00
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\$ 58,00
84000031	614-3	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	Boca toda.		R\$ 47,00

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
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 seis meses.	INICIAL	R\$ 70,00
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 12 meses.		R\$ 43,00
84000058	617-8	APLICAÇÃO DE SELANTE- TÉCNICA INVASIVA- POR ELEMENTO	Somente para dentes permanentes eruptados a até 2 anos. Uma a cada 12 meses.	SIM	R\$ 53,00

**ODONTOPEDIATRIA**

85100137	985-1	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE	Restauração definitiva. Não é válido para base de restaurações.		R\$ 63,00
83000020	700-0	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO			R\$ 109,00
83000046	711-5	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO			R\$ 109,00
83000062	712-3	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO			R\$ 109,00
83000127	720-4	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	Apresentar RX Inicial e Final em Caso de Auditoria (Perícia).		R\$ 87,00
83000151	730-1	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	Apresentar RX Inicial e Final em Caso de Auditoria (Perícia). Não utilizar para pulpotomias.		R\$ 132,00
83000135	731-0	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO	Remoção de cárie com cureta, e selamento com Ionômero de Vidro.		R\$ 36,00
83000089	740-9	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO			R\$ 58,00
83000097	750-6	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	Um a cada doze meses. Necessidade de Auditoria inicial e final.		R\$ 201,00
83000100	751-4	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	Um a cada doze meses. Necessidade de Auditoria inicial e final.	SIM	R\$ 200,00
81000014	780-8	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	Por sessão. Máximo duas sessões.	SIM	R\$ 47,00
781-6	781-6	RESTAURAÇÃO PREVENTIVA	Resina + Ionômero		R\$ 70,00

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

85100099	910-0	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 1 FACE			R\$ 58,00
85100102	920-7	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 2 FACES			R\$ 73,00
85100110	930-4	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 3 FACES			R\$ 81,00
85100129	931-2	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 4 OU MAIS FACES			R\$ 86,00
85100048	971-1	COLAGEM DE FRAGMENTOS (POR ELEMENTO)	Recolocação de partes de dente que sofreu fratura , através da utilização de material dentário adesivo;		R\$ 81,00
85100196	981-9	REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE			R\$ 58,00
85100200	982-7	REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES			R\$ 73,00
85100218	983-5	REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 3 FACES			R\$ 81,00

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
85100226	984-3	REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 4 OU MAIS FACES			R\$ 86,00
85100137	985-1	RESTAURAÇÃO A IONOMERO DE VIDRO - 1 FACE	Não utilizar para restaurações mistas, ou como forramento.		R\$ 63,00
85100145	991-6	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 2 FACES	Não utilizar para restaurações mistas, ou como forramento.		R\$ 55,00
85100153	992-4	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 3 OU MAIS FACES	Não utilizar para restaurações mistas, ou como forramento.		R\$ 57,00
85200085	993-2	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	Somente para dentes com vitalidade, quando houver exposição pulpar acidental. OBRIGATÓRIA A JUSTIFICATIVA DO PROFISSIONAL.		R\$ 36,00
986-0	986-0	RECUPERAÇÃO DE RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA			R\$ 58,00
987-8	987-8	RECUPERAÇÃO DE RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL			R\$ 58,00
85100064	990-8	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	Inclui possíveis restaurações proximais ou 2 ângulos.	SIM	R\$ 92,00
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE</b>		<b>1- As restaurações devem ser cobradas de acordo com o número de faces restauradas, independentemente do número de preparos cavitários;</b> <b>2- Não serão permitidas as substituições de restaurações por motivos puramente estéticos.</b>			

**ENDODONTIA**

85200166	2.010-3	TRATAMENTO ENDODONTICO 1 CONDUTO	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 155,00
85200140	2.020-0	TRATAMENTO ENDODONTICO 2 CONDUTOS	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 178,00
85200158	2.030-8	TRATAMENTO ENDODONTICO 3 OU MAIS CONDUTOS	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 257,00
85200115	2.050-2	RETRATAMENTO ENDODONTICO 1 CONDUTO	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 172,00
85200093	2.060-0	RETRATAMENTO ENDODONTICO 2 CONDUTOS	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 223,00
85200107	2.070-7	RETRATAMENTO ENDODONTICO 3 OU MAIS CONDUTOS	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 321,00
85200077	2.100-2	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR (POR ELEMENTO)	Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 86,00
85200026	2.101-0	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	Só pode ser cobrado quando o núcleo for executado por outro profissional (outro contrato).		R\$ 40,00
85200123	2.119-3	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO	Tratamento completo. Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), Apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.		R\$ 94,00
85200018	2.121-5	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\$ 58,00
85200131	2.122-3	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\$ 63,00
85100013	2.123-1	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	Tratamento expectante. Em caso de Avaliação Técnica (Perícia), apresentar RX Inicial obrigatório. RX incluso. Excluindo a restauração final.		R\$ 47,00

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE</b>		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)**

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 06 meses.		R\$ 27,00
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\$ 27,00
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\$ 47,00
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\$ 195,00
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\$ 47,00
85300020	3.060-5	IMOBILIZAÇÃO DENTARIA	Mínimo 3 dentes		R\$ 93,00
82000921	3.110-5	GENGIVECTOMIA	Não concomitante com Cirurgia a Retalho, Gengivoplastia e Aumento de Coroa Clínica. Não pode ser utilizado para reabertura de implantes dentários.		R\$ 104,00

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
82000948	3.112-1	GENGIVOPLASTIA	Não concomitante com Cirurgia a Retalho, Gengivectomia e Aumento de Coroa Clínica. Não pode ser utilizado para reabertura de implantes dentários.		R\$ 107,00
82001685	3.113-0	TUNELIZAÇÃO	Em dentes multirradiculares com raízes divergentes e lesão de furca grau II ou III com ou sem tratamento endodôntico.	SIM	R\$ 115,00
82000212	3.111-3	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	Não concomitante com os códigos Cirurgia a Retalho e Gengivectomia ou Gengivoplastia.		R\$ 109,00
82000417	3.120-2	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 6 meses por segmento.	SIM	R\$ 115,00
82000557	3.140-7	CUNHA PROXIMAL	Somente em região retro- molar.		R\$ 115,00
82001073	3.151-2	ODONTO-SECÇÃO	Com manutenção das raízes. Apresentar RX inicial e final do caso.	SIM	R\$ 63,00
82000069	3.153-9	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Odonto-secção inclusa		R\$ 104,00
82000050	3.154-7	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Odonto-secção inclusa		R\$ 115,00
82001464	3.114-8	SEPULTAMENTO RADICULAR			R\$ 115,00
82000689	3.160-1	ENXERTO PEDICULADO DE GENGIVA (POR SEGMENTO)		SIM	R\$ 109,00
82000662	3.170-9	ENXERTO LIVRE DE GENGIVA (POR SEGMENTO)		SIM	R\$ 127,00
85400025	3.171-7	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO - 4 HEMIARCOS	Exclui-se o ajuste de próteses e restaurações recém executadas pelo profissional. Uma a cada 12 meses.		R\$ 70,00
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE</b>	<b>1- Por falta de especificação dos 3 níveis de atenção periodontal não cirúrgica, na tabela TUSS, consideramos os códigos:</b> 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;				
	É possível a cobrança de profilaxia e outros procedimentos de prevenção, à parte, conforme instruções próprias de cada procedimento;				
	2- Poderá ser solicitado pelos Auditores, o Periograma e/ou radiografias para a identificação de bolsas periodontais;				
	3- Só será considerado um segmento, o agrupamento de pelo menos 3 dentes. Dentes isolados deverão ser agrupados a outro segmento;				
	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\$ 64,00
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\$ 78,00
85300080	3061-3	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	Tratamento completo		R\$ 75,00
85300063	3062-1	TRATAMENTO DE ABCESSO PERIODONTAL AGUDO	Tratamento completo		R\$ 75,00
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\$ 75,00
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\$ 58,00
3.054-0	3.054-0	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\$ 64,00

**PRÓTESE**

81000243	4.010-4	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\$ 70,00
85400556	4.040-6	RESTAURAÇÃO METALICA FUNDIDA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 332,00
85400513	4.050-3	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - INLAY	Mínimo 3 faces.Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 596,00
85400521	4.048-1	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - ONLAY	Mínimo 3 faces.Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 596,00
85400548	4.051-1	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY	Mínimo 3 faces.Uma a cada 36 meses.	SIM	R\$ 458,00
85400530	4.049-0	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY	Mínimo 3 faces.Uma a cada 36 meses.	SIM	R\$ 458,00
85400190	4.052-0	FACETA DE CERÔMERO	Uma a cada 36meses.	SIM	R\$ 458,00
85400181	4.053-8	FACETA DE PORCELANA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 596,00
85400505	4.060-0	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\$ 47,00
85400467	4.070-8	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	Será glosada a recolocação de próteses executadas pelo mesmo profissional, durante o período de carência da prótese. Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único. Exclui a recolocação de provisórias.		R\$ 36,00
85400220	4.080-5	NUCLEO METALICO FUNDIDO	Comprovar p/ RX Inicial e Final. Um a cada 5 anos.	SIM	R\$ 149,00

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
85400262	4.081-3	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\$ 80,00
85400211	4.082-1	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM RESINA OU IONÔMERO	Em Resina ou Ionômero. Somente em dentes tratados endodonticamente. Necessário RX para comprovação.	SIM	R\$ 75,00
85400076	4.090-2	COROA PROVISORIA COM PINO	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único. Exclui a recolocação de provisórias. Uma a cada 6 meses.		R\$ 115,00
85400084	4091-0	COROA PROVISORIA SEM PINO	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único.		R\$ 109,00
85400092	4.120-8	COROA TOTAL ACRÍLICA PENSADA	Não é válido como provisória. Um a cada 36 meses.	SIM	R\$ 195,00
85400114	4121-6	COROA TOTAL EM CERÔMERO	Uma a cada 36 Meses	SIM	R\$ 458,00
85400106	4.130-5	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	Metal free ou In-Ceram. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 710,00
85400157	4.140-2	COROA TOTAL METALO CERÂMICA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 664,00
85400165	4.150-0	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA – CERÔMERO	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 458,00
85400149	4.160-7	COROA TOTAL METALICA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 332,00
85400335	4.190-9	PRÓTESE PARCIAL FIXA METALO-CERAMICA	Por elemento. Válida para pânticos sobre implantes. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 676,00
85400343	4.200-0	PRÓTESE PARCIAL FIXA METALO-PLASTICA	Por elemento. Válida para pânticos sobre implantes. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 458,00
85400289	4201-8	PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA	Provisória	FINAL	R\$ 161,00
85400300	4.220-4	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA METALO CERAMICA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 790,00
85400319	4.230-1	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA METALO PLASTICA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 740,00
85400297	4231-0	PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	Reforço em fibra incluso. Uma a cada 36 Meses	SIM	R\$ 630,00
85400394	4.240-9	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRILICO COM OU SEM GRAMPOS		SIM	R\$ 316,00
85400386	4.250-6	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL COM GRAMPOS BILATERAL	Estrutura Metálica. Uma a cada 36 Meses	SIM	R\$ 744,00
4251-4	4251-4	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS UNILATERAL	Estrutura Metálica. Uma a cada 36 Meses	SIM	R\$ 516,00
85400378	4.260-3	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO	Estrutura Metálica. Uma a cada 36 Meses	SIM	R\$ 859,00
4.270-0	4.270-0	ENCAIXE FEMEA OU MACHO (POR ENCAIXE)		SIM	R\$ 193,00
85400408	4.300-6	PRÓTESE TOTAL	Dentes nacionais de alta qualidade, acrílico rosa ou incolor, caracterização de gengivas- sistema Thomas Gomes. Uma a cada 36 Meses	SIM	R\$ 733,00
85400416	4.310-3	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA		SIM	R\$ 458,00
85400491	4.320-0	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (EM LABORATÓRIO)	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único.		R\$ 161,00
4.321-9	4.321-9	PONTO DE SOLDA	Um para cada 3 elementos unidos. Somente para próteses fixas com 4 ou mais elementos.		R\$ 81,00
85400033	4380-4	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento		R\$ 121,00

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
		LABORATÓRIO)	único.		
85400050	4381-2	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único.		R\$ 121,00
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE</b>		<b>1- Não terão Cobertura os serviços de Próteses de quaisquer outros tipos, sobre o mesmo elemento dentário, realizados em prazo inferior à carência indicada à época do último procedimento feito;</b>			
		<b>2- Não terão cobertura as próteses fixas em "cantilever" (suspensas), apoiadas sobre raízes dentárias;</b>			
		<b>3- Enviar as radiografias iniciais e finais das próteses para a Auditoria.</b>			
		<b>4- Não serão permitidas as substituições ou a execução de próteses, por motivos puramente estéticos.</b>			

**CIRURGIA**

82000875	5.010-0	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	Inclui extração do dente, toailete da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios		R\$ 86,00
82000816	5.020-7	EXODONTIA A RETALHO	Dentes semi-inclusos ou exodontia executada por via não alveolar. Inclui abertura do retalho, extração do dente, toailete da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios	SIM	R\$ 98,00
82000859	5.030-4	EXODONTIA DE RAIZES RESIDUAIS	Inclui extração do dente, toailete da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios.		R\$ 86,00
5011-8	5011-8	EXODONTIA DE DENTES EXTRANUMÉRARIOS	Dentes extranumerários totalmente eruptados;		R\$ 86,00
5201-3	5201-3	EXODONTIA DE DENTES EXTRANUMÉRARIOS INCLUSOS OU IMPACTADOS	Exclusivo para dentes extranumerários inclusos ou impactados. Apresentar radiografia comprobatória inicial e final		R\$ 287,00
82001286	5.200-5	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS OU IMPACTADOS	Inclui e a extração do dente, odontosecção se necessária, toailete da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios. Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 287,00
82000034	5.040-1	ALVEOLOPLASTIA	Consiste em corrigir cirurgicamente os alvéolos dentários após a realização de extrações múltiplas;	SIM	R\$ 155,00
82000239	5.060-6	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\$ 115,00
82000190	5.070-3	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	Por Arcada	SIM	R\$ 189,00
82000395	5.080-0	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO		SIM	R\$ 207,00
82000387	5.090-8	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL		SIM	R\$ 207,00
82000360	5.100-9	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL		SIM	R\$ 345,00
82000182	5.110-6	APICETOMIA UNIRADICULAR	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 172,00
82000174	5.120-3	APICETOMIA UNIRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 193,00
82000085	5.130-0	APICETOMIA BIRADICULAR	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 212,00

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
82000077	5.140-8	APICETOMIA BIRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 229,00
82000166	5.150-5	APICETOMIA MULTIRRADICULAR	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 246,00
82000158	5.160-2	APICETOMIA MULTIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 264,00
82000883	5.170-0	FRENULECTOMIA LABIAL			R\$ 109,00
82000891	5.180-7	FRENULECTOMIA LINGUAL			R\$ 172,00
82000298	5.190-4	BRIDECTOMIA	Por Arcada		R\$ 104,00
82001634	5.210-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS – SEM RECONSTRUÇÃO	Osteoma, Odontoma e outros. Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 287,00
82000786	5.220-0	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	Comprovar c/ RX Inicial e Final. Não compreende a curetagem de pequenos cistos periapicais, que faz parte do toailete da cavidade, inerente ao procedimento da exodontia.	SIM	R\$ 172,00
82000808	5.300-1	EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA		SIM	R\$ 121,00
82000778	5.320-6	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CALCULO SALIVAR	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 172,00
82000794	5.340-0	EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE		SIM	R\$ 120,00
82001030	5.450-4	INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL			R\$ 86,00
82001022	5.451-2	INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL			R\$ 98,00
82000441	5.452-0	COLETA DE RASPADO EM LESÕES DE SITIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL			R\$ 55,00
82001103	5.453-9	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL			R\$ 108,00
82001170	5.660-4	FRATURAS ALVEOLO-DENTARIAS - REDUÇÃO CRUENTA			R\$ 159,00
82001189	5.670-1	FRATURAS ALVEOLO-DENTARIAS - REDUÇÃO INCRUENTA	Incluída a imobilização temporária		R\$ 159,00
82001251	5.680-9	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	Incluída a imobilização temporária		R\$ 149,00
82001430	5.800-3	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\$ 172,00
82001707	5830-5	ULECTOMIA			R\$ 70,00
82001715	5832-1	ULOTOMIA			R\$ 70,00
82001510	5.454-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA BUCO-NASAL		SIM	R\$ 300,00
82001529	5.455-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA BUCO-SINUSAL		SIM	R\$ 300,00
82001499	5.456-3	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL		SIM	R\$ 55,00
82001391	5.457-1	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL		SIM	R\$ 247,00
82001502	5.831-3	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 252,00
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A</b>	<b>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</b>				

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
<b>ESPECIALIDADE</b>		do plano.			
		2- Com a finalidade de isonomia, as cirurgias de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial devem ser cobradas utilizando a tabela médica (CBHPM) e as mesmas regras vigente para o plano médico. Utilizar Guia de Tratamento Odontológico com a codificação CBHPM;			
		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			

<b>ORTODONTIA</b>					
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\$ 246,00
86000144	6011-3	ARCO LINGUAL	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 218,00
86000195	6020-2	BOTÃO DE NANCE	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 218,00
86000152	6021-0	BARRA TRANSPALATINA FIXA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 218,00
86000160	6022-9	BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 218,00
86000535	6.030-0	PLACA LABIAL ATIVA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 218,00
86000470	6.040-7	PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 309,00
86000560	6.050-4	QUADRIHELICE	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 277,00
86000314	6.060-1	GRADE PALATINA FIXA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 215,00
86000322	6.070-9	GRADE PALATINA REMOVÍVEL	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 121,00
6.080-6	6.080-6	APARELHO PARA PEQUENOS MOVIMENTOS	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 218,00
86000284	6071-7	DISTALIZADOR TIPO JONES JIG	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 218,00
86000462	6072-5	PLACA DE HAWLEY	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 218,00
86000551	6.081-4	PLANO INCLINADO	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 155,00
86000390	6.090-3	MENTONEIRA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 458,00
6.100-4	6.100-4	ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES - POR ARCADA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	SIM	R\$ 458,00
86000098	6.110-1	APARELHO ORTODONTICO FIXO METÁLICO	Total, por arcada. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	SIM	R\$ 619,00
86000110	6.120-9	APARELHO ORTODONTICO FIXO METÁLICO PARCIAL	Parcial por arcada. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	SIM	R\$ 555,00
6121-7	6121-7	ORTODONTIA INTEGRAL	Em 30 parcelas de R\$ 166,00 conforme regulamento específico.	SIM	R\$4.980,00
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\$ 731,00

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
86000225	6123-3	DISJUNTOR PALATINO - HIRAX		FINAL	R\$ 293,00
86000233	6131-4	DISJUNTOR PALATINO - MACNAMARA		FINAL	R\$ 293,00
86000373	6.130-6	MANUTENÇÃO DE APARELHO MOVEL	Controle Mensal. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral		R\$ 75,00
86000357	6.140-3	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO	Controle Mensal. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral		R\$ 92,00
6.141-1	6.141-1	MANUTENÇÃO ORTODÔNTICA - FALTA NÃO JUSTIFICADA	Informar data e hora da falta.		R\$ 35,00

**DISFUNÇÃO DA ATM**

82001197	3058-3	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (ATM)	Procedimento ambulatorial		R\$ 83,00
85400246	3.090-7	ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	Tipo Michigan. Somente acrílicas. Não é permitida a execução de Placas em Silicone ou Acetato. Uma a cada 12 meses. Ajuste da placa faz parte do procedimento.	FINAL	R\$ 287,00
3.055-9	3.055-9	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\$ 75,00

**IMPLANTODONTIA**
**FASE CIRÚRGICA**

82000620	6.200-0	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\$ 287,00
82001243	6.201-9	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 6.213-2 (PRP)	SIM	R\$ 257,00
82000980	6202-7	IMPLANTE OSSEOINTEGRADO	Limitado a 4 elementos por arcada.	SIM	R\$ 790,00
82000964	6.212-4	IMPLANTE ORTODÔNTICO	Inclui a colocação e a remoção posterior. Limitado a 2 elementos por paciente.	SIM	R\$ 172,00
6.213-2	6.213-2	PRP - PLASMA RICO EM PLAQUETAS	Desde que não concomitante com o código 82001243 (Regeneração tecidual guiada - RTG).	SIM	R\$ 321,00

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
82001049	6.214-0	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\$ 630,00
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\$ 630,00
6.215-9	6.215-9	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\$ 687,00
<b>FASE PROTÉTICA</b>					
85500070	6204-3	INTERMEDIÁRIO PROTÉTICO (PARA IMPLANTES)	As UCLAs e a sobre-fundição do munhão, estão inclusas no valor da Coroa Metal-Cerâmica e da Coroa Metal-Plástica sobre Implante, não podendo ser utilizado este código. Parafuso incluso. Limitado aos 4 implantes pagos pelo plano por arcada. Um a cada 36 meses.	SIM	R\$ 281,00
6205-1	6205-1	ATACHMENT BOLA POR ELEMENTO	Limitado aos 4 implantes pagos pelo plano por arcada. Um a cada 36 meses.	SIM	R\$ 138,00
6206-0	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\$ 98,00
6207-8	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\$ 619,00
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\$ 499,00
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\$ 692,00
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 3 meses em posição. Já inclui os componentes necessários para sua execução.	SIM	R\$ 184,00
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\$ 802,00
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	3.433,00

CÓDIGO TUSS	CÓDIGO ANTIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
85500089	6218-3	MANUTENÇÃO PERIODONTAL DE PROTOCOLO BRANEMARK (POR UNIDADE)	1-Uma vez a cada 12 meses; 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\$ 207,00
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE DE IMPLANTODONTIA</b>	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- A carência 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 metal-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: 6/7/2016 a 5/7/2017.**