

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: 06/07/2024

EXAME CLÍNICO				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
81000065	CONSULTA INICIAL (EXAME CLÍNICO E ORÇAMENTO)	Uma a cada 180 dias com o mesmo profissional.		R\$ 56,69
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\$ 128,37
81000073	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA			R\$ 56,69

RADIOLOGIA				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
81000421	RX PERIAPICAL			R\$ 15,64
81000375	RX BITE-WING (INTERPROXIMAL)			R\$ 15,64
81000294	RX PERIAPICAL SERIE COMPLETA	Mínimo 10 radiografias. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Um a cada 360 dias.		R\$ 142,71
81000383	RX OCLUSAL			R\$ 29,98
81000430	RX POSTERO-ANTERIOR			R\$ 68,42
81000340	RX DA ATM - SÉRIE COMPLETA	3 Incidências por lado		R\$ 142,71
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	Uma a cada 6 meses.		R\$ 68,42
81000413	RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM TRAÇADO PARA IMPLANTES	Para Implantes.		R\$ 88,62
81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO			R\$ 96,44
81000472	TELERRADIOGRAFIA SEM TRAÇADO			R\$ 75,59
81000367	RX DA MÃO E PUNHOS (CARPAL)	Com laudo de identificação de idade óssea		R\$ 75,59
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\$ 235,89
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\$ 75,59
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\$ 471,78
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\$ 291,28
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\$ 393,59
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\$ 677,05

OBSERVAÇÕES GERAIS DA 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	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
84000198	PROFILAXIA – POLIMENTO CORONÁRIO	Por Arco Dental. Uma a cada 180 dias.		R\$ 39,75
84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	Boca toda. Uma a cada 180 dias.		R\$ 48,87
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	Uma a cada 360 dias, para pacientes com até 16 anos de idade.		R\$ 48,87
84000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR	Um a cada 180 dias.		R\$ 56,69
84000252	TESTE DE PH SALIVAR	Um a cada 180 dias.		R\$ 56,69
85100242	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL	Boca toda. Selamento de cavidades múltiplas com Ionômero de Vidro. Obrigatoriedade de indicação dos dentes a intervir.		R\$ 79,50
84000031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	Uma a cada 6 meses. Boca toda.		R\$ 64,51
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\$ 96,44

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\$ 59,30
84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE- TÉCNICA INVASIVA- POR ELEMENTO	Somente para dentes permanentes erupcionados a até 2 anos. Uma a cada 360 dias.	SIM	R\$ 72,33
82001723	APLICACAO DE LASER POS CIRURGICO	1. laserterapia de baixa intensidade para prevenção e tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer em região de cabeça e pescoço. 2. laserterapia de baixa intensidade para prevenção e tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer hematopoiético quando a proposta terapêutica for o transplante de medula óssea. 3. laserterapia de baixa intensidade para tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer hematopoiético. A laserterapia é regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), exigindo habilitação específica para seu uso por cirurgiões-dentistas, portanto necessário também apresentar a referida habilitação.	INICIAL	R\$ 59,18
85100250	APLICACAO DE LASER TERAPEUTICO	1. laserterapia de baixa intensidade para prevenção e tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer em região de cabeça e pescoço. 2. laserterapia de baixa intensidade para prevenção e tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer hematopoiético quando a proposta terapêutica for o transplante de medula óssea. 3. laserterapia de baixa intensidade para tratamento de mucosite oral em pacientes com diagnóstico de câncer hematopoiético. A laserterapia é regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), exigindo habilitação específica para seu uso por cirurgiões-dentistas, portanto necessário também apresentar a referida habilitação.	INICIAL	R\$ 59,18

URGÊNCIA				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
81000049	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIA - HORARIO COMERCIAL	A Guia deve conter somente os procedimentos executados no atendimento da urgência.		R\$ 88,62
81000057	CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIA - 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\$ 88,62
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 endodontico pelo mesmo profissional;		R\$ 88,62
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\$ 106,87
85300080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	Tratamento completo		R\$ 102,96
85300063	TRATAMENTO DE ABCESSO PERIODONTAL AGUDO	Tratamento completo		R\$ 102,96
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\$ 102,96
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\$ 79,50
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\$ 88,62

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\$ 79,50
85100102	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 2 FACES	Uma por elemento a cada 12 meses		R\$ 100,35
85100110	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 3 FACES	Uma por elemento a cada 12 meses		R\$ 110,78
85100129	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA - 4 OU MAIS FACES	Uma por elemento a cada 12 meses		R\$ 117,95
85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS (POR ELEMENTO)	Recolocação de partes de dente que sofreu fratura , através da utilização de material dentário adesivo.		R\$ 110,78
85100196	REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 1 FACE	Uma por elemento a cada 12 meses		R\$ 79,50
85100200	REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 2 FACES	Uma por elemento a cada 12 meses		R\$ 100,35
85100218	REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 3 FACES	Uma por elemento a cada 12 meses		R\$ 110,78
85100226	REST. RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL 4 OU MAIS FACES	Uma por elemento a cada 12 meses		R\$ 117,95
85100137	RESTAURAÇÃO A IONOMERO DE VIDRO - 1 FACE	Uma por elemento a cada 12 meses. Não utilizar para restaurações mistas, ou como forramento.		R\$ 87,32
85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 2 FACES	Uma por elemento a cada 12 meses. Não utilizar para restaurações mistas, ou como forramento.		R\$ 75,59
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\$ 78,20

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\$ 50,18
22805010	RECUPERAÇÃO DE RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA	Uma por elemento a cada 12 meses		R\$ 79,50
22805028	RECUPERAÇÃO DE RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	Uma por elemento a cada 12 meses		R\$ 79,50
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	Uma por elemento a cada 12 meses. Inclui possíveis restaurações proximais ou 2 ângulos.	SIM	R\$ 127,07
OBSERVAÇÕES GERAIS DA 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.				
ODONTOPEDIATRIA				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE	Restauração definitiva. Não é válido para base de restaurações.		R\$ 87,32
83000020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO		FINAL	R\$ 149,22
83000046	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO		FINAL	R\$ 149,22
83000062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO		FINAL	R\$ 149,22
83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	Apresentar RX Inicial e Final em Caso de Auditoria (Perícia).		R\$ 119,25
83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	Apresentar RX Inicial e Final em Caso de Auditoria (Perícia). Não utilizar para pulpotomias.		R\$ 181,15
83000135	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO	Remoção de cárie com cureta, e selamento com Ionômero de Vidro.		R\$ 50,18
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO			R\$ 79,50
83000097	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	Um a cada 360 dias. Necessidade de Auditoria inicial e final.	SIM	R\$ 275,64
83000100	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	Um a cada 360 dias. Necessidade de Auditoria inicial e final.	SIM	R\$ 274,34
81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	Por sessão. Máximo duas sessões.		R\$ 64,51
22804013	RESTAURAÇÃO PREVENTIVA	Resina + Ionômero		R\$ 96,44
ENDODONTIA				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
85200166	TRATAMENTO ENDODONTICO 1 CONDUTO	Para Avaliação Técnica (Perícia Final), apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.	FINAL	R\$ 213,08
85200140	TRATAMENTO ENDODONTICO 2 CONDUTOS	Para Avaliação Técnica (Perícia Final), apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.	FINAL	R\$ 243,71
85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO 3 OU MAIS CONDUTOS	Para Avaliação Técnica (Perícia Final), apresentar RX Inicial e Final. Valor das radiografias já incluídos.	FINAL	R\$ 352,53
85200115	RETRATAMENTO ENDODONTICO 1 CONDUTO	Para Avaliação Técnica (Perícia Final), apresentar RX Inicial (comprovando a existência de um tratamento) e RX Final. Valor das radiografias já incluídos.	FINAL	R\$ 235,89
85200093	RETRATAMENTO ENDODONTICO 2 CONDUTOS	Para Avaliação Técnica (Perícia Final), apresentar RX Inicial (comprovando a existência de um tratamento) e RX Final. Valor das radiografias já incluídos.	FINAL	R\$ 306,27
85200107	RETRATAMENTO ENDODONTICO 3 OU MAIS CONDUTOS	Para Avaliação Técnica (Perícia Final), apresentar RX Inicial (comprovando a existência de um tratamento) e RX Final. Valor das radiografias já incluídos.	FINAL	R\$ 439,85
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\$ 117,95
85200026	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	Só pode ser cobrado quando o núcleo for executado por outro profissional (outro contrato).	INICIAL E FINAL	R\$ 55,39
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\$ 129,67
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\$ 79,50
85200131	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.	INICIAL E FINAL	R\$ 87,32
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\$ 64,51
OBSERVAÇÕES GERAIS DA 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	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\$ 36,49

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 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\$ 36,49
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\$ 64,51
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, evidencição 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\$ 267,82
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\$ 64,51
85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA	Mínimo 3 dentes		R\$ 128,37
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\$ 142,71
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\$ 146,62
82001685	TUNELIZAÇÃO	Em dentes multirradiculares com raízes divergentes e lesão de furca grau II ou III com ou sem tratamento endodôntico.	SIM	R\$ 157,69
82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	Não concomitante com os códigos Cirurgia a Retalho e Gengivectomia ou Gengivoplastia.	INICIAL	R\$ 149,22
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\$ 157,69
82000557	CUNHA PROXIMAL	Somente em região retro-molar.		R\$ 157,69
82001073	ODONTO-SECÇÃO	Com manutenção das raízes. Apresentar RX inicial e final do caso.	SIM	R\$ 87,32
82000069	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Odonto-secção inclusa		R\$ 142,71
82000050	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	Odonto-secção inclusa		R\$ 157,69
82001464	SEPULTAMENTO RADICULAR			R\$ 157,69
82000689	ENXERTO PEDICULADO DE GENGIVA (POR SEGMENTO)		SIM	R\$ 149,22
82000662	ENXERTO LIVRE DE GENGIVA (POR SEGMENTO)		SIM	R\$ 174,64
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\$ 96,44

OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE:

- 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;
* É possível a cobrança de profilaxia e outros procedimentos de prevenção, à parte, conforme instruções próprias de cada procedimento;
- Poderá ser solicitado pelos Auditores, o Periograma e/ou radiografias para a identificação de bolsas periodontais;
- Só será considerado um segmento, o agrupamento de pelo menos 3 dentes. Dentes isolados deverão ser agrupados a outro segmento;
- Segmentos S-1 (18 a 14), 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);
- Nas intervenções cirúrgicas estão previstos a troca de cimento cirúrgico e eventuais curativos pós-operatórios;
- Não será autorizada mais de uma cirurgia por segmento, sem a avaliação do Auditor;
- Não será autorizada Raspagem Supra ou Sub Gengival e Cirurgia a Retalho em um mesmo segmento, concomitantemente;
- Somente encaminhar os pacientes cirúrgicos para Avaliação Técnica Final, após a retirada da sutura ou após alta clínica;
- Se um ato cirúrgico for parte integrante de outro, será pago apenas o ato principal e não a somatória do conjunto.

ORTODONTIA				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
86000055	APARELHOS EXTRA BUCAL	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 337,55
86000144	ARCO LINGUAL	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 299,10
86000195	BOTÃO DE NANCE	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 299,10
86000152	BARRA TRANSPALATINA FIXA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 299,10
86000160	BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 299,10
86000535	PLACA LABIAL ATIVA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 299,10
86000470	PLACA DE HAWLEY - COM TORNO EXPANSOR	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 424,21
86000560	QUADRIHELICE	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 380,55

86000314	GRADE PALATINA FIXA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 295,19
86000322	GRADE PALATINA REMOVÍVEL	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 166,82
22811010	APARELHO PARA PEQUENOS MOVIMENTOS	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 299,10
86000284	DISTALIZADOR TIPO JONES JIG	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 299,10
86000462	PLACA DE HAWLEY	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 299,10
86000551	PLANO INCLINADO	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 213,08
86000390	MENTONEIRA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	FINAL	R\$ 628,17
22811028	ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES - POR ARCADEA	Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	SIM	R\$ 628,17
86000098	APARELHO ORTODONTICO FIXO METÁLICO	Total, por arcada. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	SIM	R\$ 848,42
86000110	APARELHO ORTODONTICO FIXO METÁLICO PARCIAL	Parcial por arcada. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral	SIM	R\$ 761,11
22811052	CP - ORTODONTIA INTEGRAL - PLANEJAMENTO E INSTALACAO (1ª SESSAO)	1ª Sessão, conforme regulamento específico	INICIAL E FINAL	R\$ 228,07
22811036	CP - ORTODONTIA INTEGRAL - SESSAO DE MANUTENCAO (2ª A 29ª SESSAO)	2ª a 29ª Sessão, conforme regulamento específico. (Total 28 Sessões)	NÃO	R\$ 228,07
22811060	CP - ORTODONTIA INTEGRAL - SESSAO DE CONCLUSAO (30ª SESSAO)	30ª Sessão, conforme regulamento específico.	FINAL	R\$ 228,07
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\$ 1.002,21
86000225	DISJUNTOR PALATINO - HIRAX		FINAL	R\$ 401,41
86000233	DISJUNTOR PALATINO - MACNAMARA		FINAL	R\$ 401,41
86000373	MANUTENÇÃO DE APARELHO MOVEL	Controle Mensal. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral		R\$ 102,96
86000357	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO	Controle Mensal. Não pode ser cobrado junto com a Ortodontia Integral		R\$ 127,07
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\$ 100,55
85400556	RESTAURAÇÃO METALICA FUNDIDA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 475,57
85400513	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - INLAY	Mínimo 3 faces. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 851,27
85400521	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - ONLAY	Mínimo 3 faces. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 851,27
85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY	Mínimo 3 faces. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 654,92
85400530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - ONLAY	Mínimo 3 faces. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 654,92
85400190	FACETA DE CERÔMERO	Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 654,92
85400181	FACETA DE PORCELANA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 851,27
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\$ 67,26
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\$ 52,31
85400220	NUCLEO METALICO FUNDIDO	Comprovar p/ RX Inicial e Final. Um a cada 5 anos.	SIM	R\$ 212,65
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\$ 114,14
85400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM RESINA OU IONÔMERO	Em Resina ou Ionômero. Somente em dentes tratados endodonticamente. Necessário RX para comprovação.	SIM	R\$ 107,34
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\$ 164,41
85400084	COROA PROVISORIA SEM PINO	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único.		R\$ 155,58
85400092	COROA TOTAL ACRÍLICA PRENSADA	Não é válido como provisória. Um a cada 3 anos.	SIM	R\$ 279,23
85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 654,92
85400106	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	Metal free ou In-Ceram. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 1.014,32
85400157	COROA TOTAL METALO CERÂMICA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 949,78
85400165	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA – CERÔMERO	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 654,92
85400149	COROA TOTAL METALICA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 475,57
85400335	PRÓTESE PARCIAL FIXA METALO-CERAMICA	Por elemento. Válida para pânticos sobre implantes. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 966,08
85400343	PRÓTESE PARCIAL FIXA METALO-PLASTICA	Por elemento. Válida para pânticos sobre implantes. Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 654,92
85400289	PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA	Provisória	FINAL	R\$ 230,31
85400300	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA METALO CERAMICA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 1.129,13
85400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA METALO PLASTICA	Uma a cada 5 anos.	SIM	R\$ 1.057,12
85400297	PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	Reforço em fibra incluso. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 900,86
85400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRILICO COM OU SEM GRAMPOS		SIM	R\$ 451,79
85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL COM GRAMPOS BILATERAL	Estrutura Metálica. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 1.063,23
22809015	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS UNILATERAL	Estrutura Metálica. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 737,81
85400378	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO	Estrutura Metálica. Uma a cada 3 anos.	SIM	R\$ 1.227,64
22809023	ENCAIXE FEMEA OU MACHO (POR ENCAIXE)		SIM	R\$ 276,51
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\$ 1.047,61
85400416	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA		SIM	R\$ 654,92

85400491	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - MEDIATO (EM LABORATÓRIO)	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único.		R\$ 230,31
85400602	PONTO DE SOLDA	Um para cada 3 elementos unidos. Somente para próteses fixas com 4 ou mais elementos.		R\$ 115,50
85400033	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único.		R\$ 173,92
85400050	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	Não é necessária a Avaliação Técnica quando realizada como procedimento único.		R\$ 173,92
OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE: 1- Não terão cobertura os serviços de Próteses de quaisquer outros tipos, sobre o mesmo elemento dentário, realizados em prazo inferior ao prazo intercalar 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	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\$ 117,95
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\$ 134,89
82000859	EXODONTIA DE RAÍZES RESIDUAIS	Inclui extração do dente, toaleta da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios.		R\$ 117,95
22810013	EXODONTIA DE DENTES EXTRANUMERÁRIOS	Dentes extranumerários totalmente eruptados;		R\$ 117,95
22810021	EXODONTIA DE DENTES EXTRANUMERÁRIOS INCLUSOS OU IMPACTADOS	Exclusivo para dentes extranumerários inclusos ou impactados. Apresentar radiografia comprobatória inicial e final.		R\$ 393,59
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\$ 393,59
82000034	ALVEOLOPLASTIA	Consiste em corrigir cirurgicamente os alvéolos dentários após a realização de extrações múltiplas;	SIM	R\$ 213,08
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\$ 157,69
82000190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	Por Arcada	SIM	R\$ 259,35
82000395	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO		SIM	R\$ 283,46
82000387	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL		SIM	R\$ 283,46
82000360	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL		SIM	R\$ 473,08
82000182	APICETOMIA UNIRADICULAR	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 235,89
82000174	APICETOMIA UNIRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 265,21
82000085	APICETOMIA BIRADICULAR	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 291,28
82000077	APICETOMIA BIRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 314,09
82000166	APICETOMIA MULTIRADICULAR	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 337,55
82000158	APICETOMIA MULTIRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETROGRADA	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 361,66
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL			R\$ 149,22
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL			R\$ 235,89
82000298	BRIDECTOMIA	Por Arcada		R\$ 142,71
82001634	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS – SEM RECONSTRUÇÃO	Osteoma, Odontoma e outros. Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 393,59
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\$ 235,89
82000808	EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA		SIM	R\$ 166,82
82000778	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CALCULO SALIVAR	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 235,89
82000794	EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE		SIM	R\$ 165,51
82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL			R\$ 117,95
82001022	INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL			R\$ 134,89
82000441	COLETA DE RASPADO EM LESÕES DE SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL			R\$ 75,59
82001103	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL			R\$ 147,92
82001170	FRATURAS ALVEOLO-DENTÁRIAS - REDUÇÃO CRUENTA			R\$ 218,30
82001189	FRATURAS ALVEOLO-DENTÁRIAS - REDUÇÃO INCRUENTA	Incluída a imobilização temporária		R\$ 218,30
82001251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	Incluída a imobilização temporária		R\$ 203,96
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\$ 235,89
82001707	ULECTOMIA			R\$ 96,44
82001715	ULOTOMIA			R\$ 96,44
82001510	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA BUCO-NASAL		SIM	R\$ 411,83
82001529	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FÍSTULA BUCO-SINUSAL		SIM	R\$ 411,83
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO- MAXILO-FACIAL		SIM	R\$ 75,59
82001391	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL		SIM	R\$ 339,50
82001502	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	SIM	R\$ 346,02

OBSERVAÇÕES GERAIS DA 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				
DISFUNÇÃO DA ATM				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	INSTRUÇÕES	AUDITORIA	VALOR
82001197	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (ATM)	Procedimento ambulatorial		R\$ 114,04
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\$ 393,59
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\$ 102,96
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\$ 393,59
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\$ 352,53
82000980	IMPLANTE OSSEOINTEGRADO	Limitado a 4 elementos por arcada.	SIM	R\$ 1.083,01
82000964	IMPLANTE ORTODÔNTICO	Inclui a colocação e a remoção posterior. Limitado a 2 elementos por paciente.	SIM	R\$ 235,89
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\$ 864,06
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\$ 864,06
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\$ 942,91
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 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 3 anos.	SIM	R\$ 385,77
22814019	ATTACHMENT BOLA POR ELEMENTO	Limitado aos 4 implantes pagos pelo plano por arcada. Um a cada 3 anos.	SIM	R\$ 189,62
22814027	O'RING PARA PROTESE TOTAL POR ELEMENTO	As eventuais substituições dos anéis de silicone ou similares não são cobertas pelo plano.	SIM	R\$ 134,89
85500208	BARRA/CLIP PARA APOIO DE PROTESE TOTAL	Inclui a barra, parafuso e os clips. Até 3 implantes. As eventuais substituições dos cliques ou similares, não são cobertas pelo plano.	SIM	R\$ 848,42
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\$ 684,21
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\$ 949,43

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\$ 252,83
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\$ 1.099,30
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\$ 4.706,08
85500089	MANUTENÇÃO PERIODONTAL 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\$ 283,46

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;