

**ANEXO V – TABELAS REFERENCIAIS ADOTADAS PELA CONAB**

ANEXO I – PESQUISA DE PREÇOS E MAPA COMPARATIVO DE PREÇOS

ANEXO II – HONORÁRIOS MÉDICOS

ANEXO III – HONORÁRIOS PARAMÉDICOS

ANEXO IV – TAXAS, DIÁRIAS, SERVIÇOS E GASES MEDICINAIS

ANEXO V – MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR

ANEXO VI – DESCARTÁVEIS E OPME

ANEXO VII – FILME RADIOLÓGICO

ANEXO VIII – TABELA REFERENCIAL ODONTOLÓGICO

ANEXO IX – HONORÁRIOS DE ANESTESIOLOGISTAS

ANEXO X – PACOTES

## ANEXO I - PESQUISA DE PREÇOS E MAPA COMPARATIVO DE PREÇOS

A Pesquisa de Preço e o Mapa Comparativo de Preços foram realizados observando-se os arts. 185 a 199 do Regulamento de Licitações e Contratos – RLC da CONAB (vide fls. ).

## ANEXO II – HONORÁRIOS MÉDICOS

- 1- Para os procedimentos previstos na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2010 e cobertos pelo Serviço de Assistência à Saúde – SAS, serão considerados os seguintes valores para o PORTE e a Unidade de Custo Operacional – UCO.

| PORTE | R\$    | PORTE | R\$     |
|-------|--------|-------|---------|
| 1A    | 11,49  | 8B    | 562,01  |
| 1B    | 22,98  | 8C    | 596,48  |
| 1C    | 34,47  | 9A    | 635,86  |
| 2A    | 45,96  | 9B    | 693,85  |
| 2B    | 61,96  | 9C    | 763,91  |
| 2C    | 73,46  | 10A   | 820,04  |
| 3A    | 100,95 | 10B   | 888,78  |
| 3B    | 128,45 | 10C   | 986,35  |
| 3C    | 146,9  | 11A   | 1043,60 |
| 4A    | 175,53 | 11B   | 1144,56 |
| 4B    | 192,68 | 11C   | 1255,87 |
| 4C    | 216,78 | 12A   | 1301,63 |

|    |        |     |         |
|----|--------|-----|---------|
| 5A | 233,92 | 12B | 1399,19 |
| 5B | 252,38 | 12C | 1714,48 |
| 5C | 268,39 | 13A | 1886,62 |
| 6A | 292,5  | 13B | 2070,07 |
| 6B | 321,12 | 13C | 2148,69 |
| 6C | 351,07 | 14A | 2453,38 |
| 7A | 379,69 | 14B | 2691,72 |
| 7B | 419,81 | 14C | 2954,78 |
| 7C | 496,66 |     |         |
| 8A | 536,78 | UCO | 11,50   |

2- Para as consultas serão considerados os seguintes valores:

- a) Consultas Médicas Ambulatoriais para as Especialidades de **Clínica Médica, Endocrinologia, Geriatria, Infectologia, Pneumologia, Psiquiatria e Reumatologia**, em nível **Ambulatorial**, está avençado o valor **R\$121,55** e em **Pronto Socorro** o valor de **R\$85,76**;
- b) Consultas médicas **Ambulatoriais** para as **demais especialidades**: **R\$91,49**;
- c) Consultas médicas **Pronto Socorro** para as **demais especialidades**: **R\$ 85,76**;
- d) Consulta Médica **Ambulatorial** e em **Pronto Socorro** para a Especialidade de **Pediatria**: **R\$132,07**;
- e) **Parecer/visita do cirurgião pediatra** para paciente internado: **R\$112,60**;
- f) **Visita Médica (pacientes internados)** para as Especialidades de **Clínica Médica, Endocrinologia, Geriatria, Infectologia, Pneumologia, Psiquiatria e Reumatologia**: **R\$111,84**;
- g) **Visita Médica (pacientes internados)** para as **demais especialidades**: **R\$111,84**;
- h) **Unidade de Serviço – US**: **R\$0,48**.

3- Os procedimentos de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e medicina laboratorial serão remunerados conforme tabela CBHPM 2010, com os respectivos valores de Portes e UCO constantes no item 1 do **ANEXO II - HONORÁRIOS MÉDICOS** dessa Tabela.

4- A cobrança de HM será efetuada pelas Clínicas credenciadas junto à **CONTRATANTE** ou por alguma Associação que represente a classe médica (consultas ambulatoriais, de emergência, visitas hospitalares e procedimentos), exceto os serviços próprios do Hospital;

**ANEXO III – HONORÁRIOS PARAMÉDICOS**

1- Para os atendimentos paramédicos serão considerados os seguintes valores:

| <b>CÓDIGO<br/>TUSS<br/>(Tabela 22)</b> | <b>CONSULTAS</b>                    | <b>Valor</b> |
|----------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| 90011198                               | Sessão de Acupuntura                | R\$54,63     |
| 50000608                               | Avaliação Inicial de Fonoaudiologia | R\$54,92     |
| 50000632                               | Sessão de Fonoaudiologia            | R\$56,63     |
| 50000691                               | Consulta com Nutricionista          | R\$63,22     |
| 50000349                               | Avaliação inicial de Psicologia     | R\$60,13     |
| 50000071                               | Sessão de Psicoterapia              | R\$63,58     |
| 50000101                               | Sessão de Terapia Ocupacional       | R\$56,91     |
| 50000470                               | Sessão de RPG                       | R\$49,40     |
| 50000462                               | Sessão de Hidroterapia              | R\$45,71     |

| <b>CÓDIGO<br/>TUSS<br/>(Tabela 22)</b> | <b>FISIOTERAPIA</b>     | <b>Valor</b> |
|----------------------------------------|-------------------------|--------------|
| 10101012                               | Avaliação Fisioterápica | R\$51,14     |

|          |                                                                                                                                                             |          |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 20103093 | Atendimento fisiátrico no pré e pós-operatório de pacientes para prevenção de sequelas                                                                      | R\$19,11 |
| 20103107 | Atendimento fisiátrico no pré e pós-parto                                                                                                                   | R\$19,11 |
| 20103115 | Atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica específica                                                                                        | R\$19,11 |
| 20103123 | Atividades em escola de postura (máximo de 10 pessoas) - por sessão                                                                                         | R\$27,34 |
| 20103182 | Desvios posturais da coluna vertebral                                                                                                                       | R\$22,22 |
| 20103204 | Distrofia simpático-reflexa                                                                                                                                 | R\$30,94 |
| 20103212 | Distúrbios circulatórios artério-venosos e linfáticos                                                                                                       | R\$31,17 |
| 20103301 | Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo)                                                                                | R\$68,75 |
| 20103310 | Lesão nervosa periférica afetando mais de um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras                                                                   | R\$33,05 |
| 20103328 | Lesão nervosa periférica afetando um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras                                                                           | R\$33,05 |
| 20103336 | Manipulação vertebral                                                                                                                                       | R\$51,52 |
| 20103344 | Miopatias                                                                                                                                                   | R\$32,49 |
| 20103476 | Patologia neurológica com dependência de atividades da vida diária                                                                                          | R\$38,21 |
| 20103484 | Patologia osteomioarticular em um membro                                                                                                                    | R\$26,60 |
| 20103492 | Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros                                                                                                         | R\$40,54 |
| 20103506 | Patologia osteomioarticular em um segmento da coluna                                                                                                        | R\$27,06 |
| 20103514 | Patologia osteomioarticular em diferentes segmentos da coluna                                                                                               | R\$47,55 |
| 20103522 | Patologias osteomioarticulares com dependência de atividades da vida diária                                                                                 | R\$35,58 |
| 20103530 | Recuperação funcional pós-operatória ou por imobilização da patologia vertebral                                                                             | R\$31,66 |
| 20103565 | Processos inflamatórios pélvicos                                                                                                                            | R\$23,93 |
| 20103662 | Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando um membro         | R\$23,54 |
| 20103670 | Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando mais de um membro | R\$27,48 |
| 20103689 | Retardo do desenvolvimento psicomotor                                                                                                                       | R\$25,91 |
| 20103697 | Sequelas de traumatismos torácicos e abdominais                                                                                                             | R\$20,91 |

|          |                                                         |          |
|----------|---------------------------------------------------------|----------|
| 20103700 | Sequelas em politraumatizados (em diferentes segmentos) | R\$30,28 |
| 20104073 | Crioterapia (grupo de até 5 lesões)                     | R\$38,23 |
| 31602185 | Estimulação elétrica transcutânea (TENS)                | R\$79,86 |

\* Tabela 22 – Tabela Própria das Operadoras (RN/ANS Nº305/2012, art.13);

**Observação:** Estimulação Elétrica Transcutânea - Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios do grupo II (RN/ANS nº 338/2013):

*Grupo I: dor neurogênica; dor músculo-esquelética; dor visceral; dor simpaticamente mediada; dor pós-traumática; dor leve a moderada pós-operatória; espasticidade da lesão medular e hemiplegia decorrente de acidente vascular encefálico.*

*Grupo II: paciente no primeiro trimestre da gestação; para melhora do equilíbrio dos pacientes com sequela de AVE em fase crônica; pacientes portadores de marcapassos cardíacos; arritmias cardíacas (desde que tenha sido recomendada pelo médico assistente); dor de etiologia desconhecida; epilepsia (desde que tenha sido recomendada pelo médico assistente); quando a estimulação ocorrer na parte anterior do pescoço, na região da cabeça (posicionado de forma transcerebral); pele com solução de continuidade; pele com parestesia ou anestesia (sensibilidade anormal); abdômen durante a gestação; regiões com implantes metálicos; áreas recentemente irradiadas; próximo à boca e sobre os olhos; sobre o seio carotídeo.*

#### ANEXO IV – REFERENCIAL DE TAXAS, DIÁRIAS, SERVIÇOS E GASES MEDICINAIS

- 1- A remuneração do valor da Unidade Serviço Hospitalar (USH) será determinada de acordo com a classificação abaixo, conforme registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES/Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério Saúde:

| PEQUENO PORTE                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VALOR DA USH: R\$0,55</b>                                                   |
| Hospital que possui capacidade normal ou de operação de <b>até 50 leitos</b> . |

| MÉDIO PORTE                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VALOR DA USH: R\$0,74</b>                                                     |
| Hospital que possui capacidade normal ou de operação de <b>51 até 150 leitos</b> |

| GRANDE PORTE                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VALOR DA USH: R\$0,92</b>                                                      |
| Hospital que possui capacidade normal ou de operação de <b>151 até 500 leitos</b> |

## 2- Diárias e Taxas

| CÓDIGO      | NOMENCLATURA                                                  | FATOR | USH  |
|-------------|---------------------------------------------------------------|-------|------|
|             | <b>A) DIÁRIAS</b>                                             |       |      |
|             | <b>1) TIPOS DE ACOMODAÇÃO</b>                                 |       |      |
|             |                                                               |       |      |
| 9101050-0   | ENFERMARIA                                                    | DIA   | 263  |
| 9101040-3   | APARTAMENTO TIPO B                                            | DIA   | 416  |
| 60.01.003-7 | APARTAMENTO TIPO A                                            | DIA   | 526  |
| 60.01.004-5 | SUITE                                                         | DIA   | 1033 |
| 60.01.005-3 | APARTAMENTO ESPECIAL                                          | DIA   | 669  |
| 9102010-7   | UTI                                                           | DIA   | 1359 |
| 9101060-8   | BERÇÁRIO OU ALOJAMENTO CONJUNTO                               | DIA   | 110  |
| 9101080-2   | DAY CLINIC APARTAMENTO (75%) DA DIÁRIA DE APARTAMENTO TIPO B) | DIA   | -    |
| 9101084-5   | DAY CLINIC ENFERMARIA (75%) DA DIÁRIA DE ENFERMARIA)          | DIA   | -    |
|             | <b>2) HORAS EXCEDENTES</b>                                    |       |      |
| 9101041-1   | APARTAMENTO TIPO B                                            | HORA  | 35   |
| 60.02.002-4 | APARTAMENTO TIPO A                                            | HORA  | 44   |
| 60.02.003-2 | APARTAMENTO ESPECIAL                                          | HORA  | 56   |
| 60.02.004-0 | SUITE                                                         | HORA  | 86   |
| 9101051-9   | ENFERMARIA                                                    | HORA  | 22   |
| 9102011-5   | UTI                                                           | HORA  | 113  |
| 9101061-6   | BERÇÁRIO OU ALOJAMENTO CONJUNTO                               | HORA  | 9    |
|             |                                                               |       |      |
|             | <b>B) TAXAS DE SALA</b>                                       |       |      |
| 9101070-5   | OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO ATÉ 6 HORAS                      | USO   | 60   |
| 9101071-3   | OBSERVAÇÃO EM PRONTO-SOCORRO                                  | HORA  | 10   |
| 9105110-0   | RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA – BLOQUEIO DE PLEXO                | USO   | 60   |
| 9105120-7   | RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA – PERIDURAL E/OU RAQUIANA          | USO   | 80   |
| 9105130-4   | RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA – GERAL                            | USO   | 100  |

|           |                                                                                                         |           |           |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 9105080-4 | CIRURGIAS – PORTE 0                                                                                     | USO       | 161       |
| 9105010-3 | CIRURGIAS – PORTE 1                                                                                     | USO       | 376       |
| 9105013-8 | CIRURGIAS – PORTE 2                                                                                     | USO       | 564       |
| 9105015-4 | CIRURGIAS – PORTE 3                                                                                     | USO       | 752       |
| 9105020-0 | CIRURGIAS – PORTE 4                                                                                     | USO       | 940       |
| 9105022-7 | CIRURGIAS – PORTE 5                                                                                     | USO       | 1128      |
| 9105030-8 | CIRURGIAS – PORTE 6                                                                                     | USO       | 1316      |
| 9105040-5 | CIRURGIAS – PORTE 7                                                                                     | USO       | 1503      |
| 9105050-2 | PEQUENO ATO MÉDICO FORA DO C.C.                                                                         | USO       | 161       |
| 9105090-1 | PARTO NORMAL                                                                                            | USO       | 752       |
| 9105091-0 | CESARIANA                                                                                               | USO       | 752       |
| 9105100-2 | CURETAGEM UTERINA                                                                                       | USO       | 564       |
| 9107006-6 | QUIMIOTERAPIA/HEMODIÁLISE                                                                               | SESSÃO    | 80        |
| 9107033-3 | HEMODINÂMICA                                                                                            | SESSÃO    | 1500      |
| 9107003-1 | ENDOSCOPIA                                                                                              | EXAME     | 121       |
| 9104003-5 | GESSO                                                                                                   | SESSÃO    | 110       |
| 9104012-4 | NUTRIÇÃO PARENTAL (incluídos os materiais necessários a manipulação, exceto equipo, frascos e seringas) | SESSÃO    | 125       |
|           |                                                                                                         |           |           |
|           | <b>C) SERVIÇOS ESPECIAIS</b>                                                                            |           |           |
| 9107008-2 | ASPIRAÇÃO                                                                                               | SESSÃO    | 6         |
| 9107021-0 | ESVAZIAMENTO MANUAL DE MEGACÓLON                                                                        | SESSÃO    | 239       |
| 9107002-3 | IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA                                                                                 | SESSÃO    | 89        |
| 9107028-7 | INJEÇÃO – AMBULATÓRIO/PRONTO SOCORRO                                                                    | APLICAÇÃO | <b>10</b> |
| 9107042-2 | INSTALAÇÃO DE SORO COM EQUIPAMENTOS – AMBULATÓRIO/PRONTO SOCORRO                                        | SESSÃO    | 32        |
| 9107013-9 | INSTALAÇÃO DE TENDA                                                                                     | SESSÃO    | 48        |
| 9107043-0 | IRRIGAÇÃO CONTÍNUA                                                                                      | DIA       | 30        |
| 9107044-9 | LAVAGEM E ASPIRAÇÃO TRAQUEAL                                                                            | SESSÃO    | 8         |
| 9107023-6 | LAVAGEM GÁSTRICA                                                                                        | SESSÃO    | 77        |
| 9107024-4 | LAVAGEM INTESTINAL                                                                                      | SESSÃO    | 77        |
| 9107016-3 | PREPARO DE ALIMENTAÇÃO ENTERAL                                                                          | DIA       | 100       |
| 9107017-1 | PREPARO DE ALIMENTAÇÃO PARENTAL                                                                         | DIA       | 376       |
| 9107045-7 | RETIRADA DE GESSO                                                                                       | SESSÃO    | 20        |

|           |                                               |          |            |
|-----------|-----------------------------------------------|----------|------------|
| 9107046-5 | RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA           | SESSÃO   | 10         |
| 9107048-1 | SONDAGEM GÁSTRICA                             | SESSÃO   | 40         |
| 9107049-0 | SONDAGEM RETAL                                | SESSÃO   | 40         |
| 9107022-8 | SONDAGEM VESICAL                              | SESSÃO   | 77         |
|           |                                               |          |            |
|           | <b>D) OUTROS SERVIÇOS</b>                     |          |            |
| 9108007-0 | SALA DE NECRÓPSIA / EMBALSAMENTO              | USO      | 200        |
| 9108003-7 | NECROTÉRIO                                    | USO      | 60         |
|           |                                               |          |            |
|           | <b>E) USO EQUIPAMENTOS / INSTRUMENTOS</b>     |          |            |
| 9107069-4 | APARELHO DE RX/INTENS. DE IMAGEM NO CC / UTI  | USO      | 100        |
| 9107073-2 | ARTROSCOPIO (ORTOPEDIA)                       | USO      | 394        |
| 9107012-0 | ASPIRADOR                                     | SESSAO   | 55         |
| 9107007-4 | BANDEJA DISSECÇÃO/PUNÇÃO LOMBAR               | USO      | 68         |
| 9107030-9 | BANDEJA PUNCAO SUBCLAVIA                      | USO      | 32         |
| 9106003-6 | BERÇO AQUECIDO (no apartamento ou enfermaria) | HORA     | 9          |
| 9107009-0 | BISTURI ELÉTRICO                              | USO      | 73         |
| 9107050-3 | BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR                      | USO      | 100        |
| 9107051-1 | BOMBA DE CIRCULAÇÃO EXTRA-CORPÓREA            | SESSAO   | 400        |
| 9107010-4 | BOMBA DE INFUSAO                              | DIA      | 100        |
| 9106004-7 | CAPACETE DE HOOD                              | DIA      | 10         |
| 9107074-0 | CAPINÓGRAFO                                   | USO      | 65         |
| 9107052-0 | CARDIOTACÓGRAFO                               | HORA     | 176        |
| 9107015-5 | CICLOERGOMETRIA (TESTE ERGOMÉTRICO)           | USO      | 50         |
| 9107018-0 | COLCHAO D'AGUA OU AR                          | DIA      | 21         |
| 9107079-1 | CRIOCAUTÉRIO BIPOLAR                          | USO      | 65         |
| 9107054-6 | DERMATOMO A GÁS                               | USO      | 160        |
| 9107053-8 | DERMATOMO ELÉTRICO                            | USO      | 80         |
| 9107031-7 | DESFIBRILADOR (CARDIOVERSOR)                  | SESSAO   | 50         |
| 9107005-8 | ELETROCARDIOGRAFO                             | EXAME    | 26         |
| 9107068-6 | ELETROENCEFALÓGRAFO                           | EXAME    | 40         |
| 9107056-2 | ENDOSCÓPIO DIGESTIVO                          | CIRURGIA | 300        |
| 9107055-4 | ENDOSCÓPIO DIGESTIVO                          | EXAME    | 240        |
| 9107061-9 | ENDOSCÓPIO GINECOLÓGICO                       | EXAME    | <b>140</b> |
| 9107058-9 | ENDOSCÓPIO RESPIRATÓRIO                       | CIRURGIA | 1200       |

|           |                                         |          |      |
|-----------|-----------------------------------------|----------|------|
| 9107057-0 | ENDOSCÓPIO RESPIRATÓRIO                 | EXAME    | 240  |
| 9107060-0 | ENDOSCÓPIO UROLÓGICO                    | CIRURGIA | 1200 |
| 9107059-7 | ENDOSCÓPIO UROLÓGICO                    | EXAME    | 400  |
| 9106002-8 | FOTOTERAPIA                             | HORA     | 10   |
| 9107062-7 | GARROTE PNEUMÁTICO                      | USO      | 40   |
| 9107063-5 | HALO CRANIANO                           | DIA      | 40   |
| 9106001-0 | INCUBADORA                              | HORA     | 17   |
| 9107064-3 | IONIZADOR                               | HORA     | 8    |
| 9107032-5 | LAPAROSCÓPIO                            | USO      | 1921 |
| 9107080-5 | LASER CIRÚRGICO                         | USO      | 200  |
| 9107066-0 | LUPA CIRÚRGICA                          | USO      | 100  |
| 9107014-7 | MARCAPASSO TEMPORÁRIO                   | DIA      | 355  |
| 9107067-8 | MICROSCÓPIO CIRÚRGICO                   | USO      | 200  |
| 9107025-2 | MONITOR SIMPLES                         | HORA     | 17   |
| 9107026-0 | NEBULIZADOR                             | SESSAO   | 21   |
| 9107019-8 | OXÍMETRO                                | HORA     | 10   |
| 9107038-4 | PACOTE DE CURATIVO                      | USO      | 44   |
| 9107020-1 | QUADRO BALCANICO                        | DIA      | 21   |
| 9107011-2 | RESPIRADOR                              | HORA     | 26   |
| 9107070-8 | SERRA ELÉTRICA                          | USO      | 60   |
| 9107071-6 | TRAÇÃO ESQUELÉTICA                      | DIA      | 40   |
| 9107072-4 | TREPANO ELÉTRICO/DRIL                   | USO      | 60   |
|           |                                         |          |      |
|           | <b>F) SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS</b>      |          |      |
| 9104009-4 | REGISTRO E EXPEDIENTE EM PRONTO SOCORRO | SESSÃO   | 30   |
| 9104004-3 | ADMISSÃO E REGISTRO                     | SESSÃO   | 208  |

### 3- GASES MEDICINAIS:

| CÓDIGO    | NOMENCLATURA                      | FATOR | R\$      |
|-----------|-----------------------------------|-------|----------|
|           |                                   |       |          |
|           | <b>7) GASES MEDICINAIS</b>        |       |          |
|           |                                   |       |          |
| 9109001-6 | AR COMPRIMIDO - UTI/PSO           | HORA  | R\$10,22 |
| 9109002-4 | AR COMPRIMIDO NO CENTRO CIRÚRGICO | HORA  | R\$9,08  |

|           |                                        |        |          |
|-----------|----------------------------------------|--------|----------|
| 9109003-2 | AR COMPRIMIDO SOB CATETER              | HORA   | R\$1,06  |
| 9109004-0 | GÁS CARBÔNICO                          | HORA   | R\$10,06 |
| 9109005-9 | NITROGÊNIO                             | HORA   | R\$13,40 |
| 9109006-7 | OXIGÊNIO - UTI ADULTO                  | HORA   | R\$44,15 |
| 9109007-5 | OXIGÊNIO - UTI NEONATAL                | HORA   | R\$7,59  |
| 9109008-3 | OXIGÊNIO - UTI PEDIÁTRICA              | HORA   | R\$19,49 |
| 9109009-1 | OXIGÊNIO NO CENTRO CIRÚRGICO           | HORA   | R\$3,08  |
| 9109010-5 | OXIGÊNIO SOB CATETER (UTI/APARTAMENTO) | HORA   | R\$3,15  |
| 9109011-3 | OXIGÊNIO PARA NEBULIZAÇÃO              | SESSÃO | R\$0,79  |
| 9109012-1 | PROTÓXIDO DE AZOTO                     | HORA   | R\$26,22 |
| 9109013-0 | ÓXIDO NÍTRICO                          | HORA   | R\$78,44 |

#### ORIENTAÇÕES ADICIONAIS:

- 1- **A Taxa de Processamento de Leite Humano** – Visa cobrir os custos de manipulação, manutenção do ambiente próprio para o preparo, coleta, análise laboratorial microbiológica da amostra do leite, pasteurização, envase, acondicionamento sob refrigeração, distribuição e demais cuidados cabíveis à alimentação dos recém-natos.
- 2- **Nas CIRURGIAS POR VIDEO**, quando o convênio não autorizar todos os materiais descartáveis, o prestador poderá disponibilizar os Materiais de Longa Duração – ditos “permanentes” – mediante o pagamento da taxa de uso destes, conforme previsto neste instrumento.
  - a) As Taxas para Utilização de Equipamentos, Instrumentos Especiais, Materiais de Longa Duração (material “*permanente*” p/ cirurgias por vídeo) visam cobrir exclusivamente, os custos de instalação, limpeza e esterilização, quando necessária, o desgaste e a reposição, o deslocamento entre unidades, o consumo de energia elétrica, como também a manutenção sistemática dos mesmos.
  - b) Nas cirurgias realizadas por vídeo, não havendo autorização pelo convênio, para utilização de materiais descartáveis necessários e existindo Materiais de Longa Duração (ditos “permanentes”) substitutivos, o hospital poderá disponibilizá-los, sendo, nestes casos, efetuada a cobrança da TAXA UTILIZAÇÃO MATERIAL VÍDEO LONGA DURAÇÃO (“PERMANENTE”), para cobertura exclusivamente de custos com aquisição, manutenção, reposição, acondicionamento, limpeza, esterilização e depreciação.
- 3- Nas internações que necessitem de isolamento e/ou precaução de contato do paciente, as diárias serão acrescidas de 30%.
  - a) Pacientes de Enfermaria que necessitem de isolamento serão acomodados em Apartamento B, ambiente este que possibilita o efetivo isolamento;
  - b) Nas situações previstas no item acima, para pacientes com direito a acomodação de Enfermaria, será cobrado o valor da diária da acomodação efetivamente utilizada (Apartamento B), acrescida a condição do item 3.
- 4- Das taxas de sala cirúrgicas

- a) Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias pela mesma via de acesso à taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100% da taxa de maior porte, acrescida de 50% do valor da taxa da segunda cirurgia e 25% das taxas das demais cirurgias.
- b) Quando ocorrerem duas ou mais cirurgia por vias de acesso diferentes, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100%, da Taxa de maior porte, acrescido de 70%, do valor da taxa da segunda cirurgia e 25%, das taxas das demais cirurgias.
- c) Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias, por duas ou mais equipes distintas, por vias de acesso iguais ou diferentes, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100%, da taxa de maior porte, acrescido de 100%, do valor da taxa da segunda cirurgia e 50%, das taxas das demais cirurgias.
- d) Quando forem realizadas cirurgias de Porte 0 (zero) no Centro Cirúrgico, a Taxa de Sala a ser cobrada será equivalente ao Porte 1 (um), devidamente justificada pelo médico assistente.
- e) Nas cirurgias INFECTADAS (Portaria nº 930 de 27/08/92 do Ministério da Saúde), aquelas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local), tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja, exemplo: cirurgia do reto e ânus com pus, cirurgia abdominal em presença de pus e conteúdo de cólon, nefrectomia com infecção, presença de vísceras perfuradas, colecistectomia por colecistite aguda com empiema, exploração das vias biliares em colangite supurativa), por acarretarem isolamento da sala, despesas adicionais de reesterelização, risco de perda ou postergação de cirurgias subsequentes, as taxas de sala terão acréscimo de 100 (cem por cento) do seu valor, mediante relatório médico.

## **ANEXO V – MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR**

- 1-Via de regra, autoriza- se sempre o Medicamento Genérico, por força da Lei nº 9. 787, de 10/ 02/ 1999, sendo admitido o seu intercâmbio, em último caso, pelo Medicamento de Referência ou de Marca, exclusivamente quando não houver o seu Genérico correspondente no mercado, de uso restrito a hospitais e clínicas, e será remunerado com base no Preço do Fabricante – PF, estabelecido no Referencial BRASINDICE, acrescidos tão somente do ICMS e da Taxa de Serviços de até 38, 24%, ( que será negociado entre as partes) pela seleção, programação armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos, quando prestados, de acordo com a estrutura da **CONTRATADA**.
- 2-Medicamentos de Uso Comum - Genéricos regidos pela Lei nº 9.787, de 10/02/1999, para Realização de Procedimentos Assistenciais serão remunerados com base no Preço do Fabricante – PF, estabelecido no Referencial BRASINDICE, acrescidos tão somente do ICMS e a possibilidade de aplicação de deflator a ser negociado entre as partes, sempre privilegiando o de menor custo oferecido pela indústria farmacêutica. Inexistindo o Medicamento Genérico correspondente, será admitido a sua substituição pelo Medicamento de Referência ou de Marca;
- 3-Não serão admitidos, e bem assim remunerados, os medicamentos não previstos nos Referenciais BRASINDICE e/ ou SIMPRO Nacional, conforme o caso;

## ANEXO VI – DESCARTÁVEIS E OPME:

- 1- **Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME:** Mediante cotação de mercado de, no mínimo, 03 ( três) empresas fornecedoras. Consoante Ofício Circular nº 001/ 2012/ PRESI/ ANS, de 29/ 03/ 2012, a real utilização de OPMEs deverá ser verificada pela atividade de auditoria técnica, mediante a conferência/ exigência dos lacres, embalagens, códigos de barra, notas f iscais, prontuários e/ ou outros comprovantes que identifiquem que os produtos foram efetivamente uti - lizados nos procedimentos médicos, cujo pagamento pela **CONTRATANTE** estará condicionado a tais certificações:
  - a) Revista SIMPRO Nacional, sempre privilegiando o de menor custo, e quando necessário, a **CONTRATADA** deverá re - alizar a cotação de preço para anuência da **CONTRATANTE**;
  - b) Será adotado o Preço de Fábrica – PF referenciado na Revista SIMPRO Nacional, sem acréscimo de taxa de qual - quer natureza, para remuneração dos materiais especiais com valor até R\$ 1. 000, 00 ( mil reais);
  - c) Materiais especiais com custo superior a R\$ 1. 000, 00 (mil reais) poderão ser adquiridos pelas operadoras, sendo re - munerado ao **CONTRATADO** até 10% a t ítulo de taxa de operacionalização, aplicado sobre o Preço de Fábrica – PF referenciado na Revista SIMPRO Nacional;
  - d) Se o material especial com custo superior a R\$ 1. 000, 00 (mil reais) for adquirido pelo **CONTRATADO** , em face da to - tal impossibilidade de aquisição por parte da **CONTRATANTE** , esta poderá cobrar o Preço de Fábrica - PF referenciado na Revista SIMPRO Nacional, acrescido de até 16%, a título de taxa de operacionalização, privilegiando sempre que possível, a regra estabelecida no *caput* deste inciso;
  - e) Material especial não constante na Revista SIMPRO Nacional e adquirido pelo **CONTRATADO** será cobrado median - te nota f iscal, acrescido de até 16% de taxa de operacionalização, exceto para os materiais com valor acima de R\$ 1. 000, 00, quando adquiridos pela **CONTRATANTE** , que repassará ao **CONTRATADO** , até 10% do valor da nota f iscal, a t ítulo de taxa de operacionalização;
- 2- Fica definido que a cobrança dos materiais descartáveis deverá obedecer o valor de Preço de Fábrica – PF disposto na codificação da Revista SIMPRO Nacional, sem acréscimo de taxa de qualquer natureza, visando a sua compatibilização com o produto a ser pago.
- 3- Para o caso de fornecedor exclusivo é imprescindível a apresentação de “ **Carta de Exclusividade de Fornecimen - to**” emitida pelo fabricante do material requisitado.
- 4- Para os procedimentos eletivos será necessária a autorização prévia que será realizada em até 72 horas úteis antes da realização do pro - cedimento.
- 5- Para os procedimentos de urgência, a solicitação será realizada em até 72 horas úteis após o procedimento;

## ANEXO VII – FILME RADIOLÓGICO

1- Filme Radiológico: **R\$24,05**.

## ANEXO VIII – TABELA REFERENCIAL ODONTOLÓGICO

### APRESENTAÇÃO

A **Gerência de Serviço de Assistência à Saúde – Gesas**, em face da necessidade de atualização e modernização das tabelas de procedimentos odontológicos adotadas pela Companhia Nacional de Abastecimento – Conab, realizou o presente estudo, a fim de oferecer aos beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde – SAS, atendimentos de excelente qualidade, com maior amplitude de procedimentos, a uma remuneração justa para os parceiros prestadores de serviços, em estreita consonância com os preços praticados no mercado da saúde suplementar.

Nesse contexto, com advento do Padrão TISS 3.02, previsto na Resolução Normativa RN/ANS nº 305/2012, que estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS, todos os termos que identificam os eventos e itens assistenciais em saúde suplementar passam a utilizar, obrigatoriamente, aqueles consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar – TUSS. Outrossim, para os termos não constantes na TUSS, fica facultado à operadora estabelecer os códigos de procedimentos odontológicos em tabela própria.

Diante de tais considerações e normativos de regência, apresentamos o novo **Referencial Odontológico para Convênio**, com o **DE-PARA**, lembrando que, conforme instruções, as guias deverão ser preenchidas com a codificação vigente (TUSS), à exceção do descrito no parágrafo anterior.

Os serviços prestados serão remunerados de acordo com o quantitativo da **Unidade de Serviço Odontológico – USO**, estabelecido neste **REFERENCIAL ODONTOLÓGICO PARA CONVÊNIO**, adotado pela Conab, o qual é parte integrante do presente Contrato, cujo valor para conversão da USO será aquele praticado pelas partes na data de emissão, pela **CONTRATANTE**, da Guia de Tratamento Odontológico – GTO.

O valor da Unidade de Serviços Odontológicos – USO será de **R\$0,41**.

Visando melhor orientar os Estabelecimentos de Saúde Bucal ao nível nacional, recomendamos a estreita observância dos códigos e instruções aqui previstos para efeito de planejamento, autorização e cobrança dos serviços prestados pela Rede Credenciada do SAS, promovendo maior eficiência no atendimento odontológico.

### EXPEDIENTE

### ÍNDICE GERAL

|                                              |   |
|----------------------------------------------|---|
| INSTRUÇÕES GERAIS .....                      | 3 |
| Do Orçamento/Plano de Tratamento .....       | 3 |
| Das Perícias .....                           | 4 |
| Dos Honorários e Preços .....                | 5 |
| Do Faturamento e da Validade das Guias ..... | 5 |
| Das Disposições Finais .....                 | 6 |
| EXAME CLÍNICO .....                          | 7 |

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| RADIOLOGIA.....                                         | 8  |
| ODONTOPEDIATRIA.....                                    | 9  |
| DENTÍSTICA (Restauradora) .....                         | 11 |
| ENDODONTIA .....                                        | 13 |
| PERIODONTIA.....                                        | 15 |
| PRÓTESE DENTÁRIA .....                                  | 18 |
| CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL.....        | 21 |
| ORTODONTIA .....                                        | 24 |
| TERMINOLOGIA UNIFICADA DA SAÚDE SUPLEMENTAR – TUSS..... | 25 |

#### ÍNDICE POR ESPECIALIDADE

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| EXAME CLÍNICO .....                              | 7  |
| RADIOLOGIA.....                                  | 8  |
| ODONTOPEDIATRIA.....                             | 9  |
| DENTÍSTICA (Restauradora) .....                  | 11 |
| ENDODONTIA .....                                 | 13 |
| PERIODONTIA.....                                 | 15 |
| PRÓTESE DENTÁRIA .....                           | 18 |
| CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL..... | 21 |
| ORTODONTIA .....                                 | 24 |

#### ÍNDICE TUSS

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| TERMINOLOGIA UNIFICADA DA SAÚDE SUPLEMENTAR – TUSS..... | 25 |
|---------------------------------------------------------|----|



## INSTRUÇÕES GERAIS

### Do Orçamento/Plano de Tratamento

A assistência odontológica destina-se, exclusivamente, aos **Empregados e seus Dependentes Típicos**.

Os **Dependentes Atípicos** (genitores, padrastos e madrastas do empregado) não fazem jus à assistência odontológica prevista no Serviço de Assistência à Saúde – SAS, patrocinado pela CONAB.

O atendimento na **especialidade estabelecida em contrato padrão de credenciamento**, dar-se-á mediante apresentação ao(à) **CONTRATADO(A)** da Guia de Tratamento Odontológico – GTO, devidamente preenchida nos campos de identificação do empregado e do profissional odontólogo.

Somente serão autorizados Planos de Tratamentos Odontológicos, desde que mantenham estreita relação com a área de atuação do profissional odontólogo, devidamente comprovada pelo Título de Especialização Odontológica correspondente, e bem assim da competente **Inscrição de Especialização – IE** junto ao respectivo **Conselho Regional de Odontologia – CRO**, a que o mesmo esteja vinculado.

O(A) **CONTRATADO(A)** fará o planejamento do tratamento, indicando no campo “**Plano de Tratamento**” os serviços a serem realizados, inclusive a consulta, quando prevista na especialidade.

É necessária a indicação, no **Odontograma**, dos elementos a serem tratados, utilizando a marcação comumente usada pela classe odontológica (dentes, faces, arcadas, hemiarcadas e segmentos envolvidos nos procedimentos odontológicos).

Discriminar os trabalhos a serem realizados em **letra legível**, com indicação dos respectivos **códigos<sup>1</sup>**, sendo o valor do procedimento aposto em “**Unidade de Serviço Odontológico – USO**”.

À Conab é **facultado estabelecer, em tabela própria, o código para um termo não constante na TUSS**. Frente ao exposto, o presente Referencial Odontológico apresenta também o **Código Próprio** (lado direito da tabela).

Diante de tais considerações normativas, o prestador, no ato do preenchimento da GTO, só se valerá do Código Próprio para os eventos não previstos na TUSS.

O tratamento odontológico que necessite de internação hospitalar fica condicionado à avaliação prévia do perito, excetuando-se os casos de **urgência** ou **emergência**, formalmente justificadas.

Todo Tratamento Odontológico, independente do valor, **não deverá ser iniciado** sem a prévia autorização expressa da CONAB, exceto os atendimentos de urgência ou emergência.

Trabalhos em **ouro ou outro metal precioso**, que não os materiais previstos no presente Referencial Odontológico, não serão acobertados pela Companhia.

O prazo máximo permitido pelo regulamento para conclusão do tratamento odontológico é de até **90 (noventa dias)**, a contar da data da **Autorização da CONAB**, podendo ser prorrogado mediante justificativa do odontólogo assistente, com o devido “aceite” por parte da Companhia. Nesse caso, os serviços já executados durante os primeiros noventa dias serão necessariamente faturados, devendo o **Gestor do Serviço de Assistência à Saúde – SAS** fornecer uma nova Guia de Tratamento Odontológico – GTO, relativa à complementação dos serviços inicialmente previstos no Plano de Tratamento.

Ocorrendo incompatibilidade de qualquer natureza, durante o tratamento, o beneficiário e/ou odontólogo assistente devem comunicar o fato, por escrito, ao **Órgão Gestor do SAS**, que suspenderá imediatamente os serviços e adotará as medidas aplicáveis à espécie.

<sup>1</sup> Com o advento do Padrão TISS 3.02, segundo RN/ANS nº 305/2012, que estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações em Saúde Suplementar - TISS, todos os termos que identificam os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar a serem utilizados obrigatoriamente, são aqueles consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS (lado direito da Tabela).

## Das Perícias

**As Perícias Inicial e Final** a que se refere o Regulamento do Serviço de Assistência à Saúde – SAS **deverão ser realizadas no prazo de até 08 (oito) dias úteis.**

O não comparecimento do Beneficiário Titular ou de seu Dependente Típico à Perícia, dentro do prazo estabelecido no parágrafo antecedente, implicará o pagamento pelo Empregado (Beneficiário Titular) do valor integral das despesas efetuadas, desde que reclamada a contraprestação pecuniária correspondente aos serviços prestados pelo credenciado, ressalvados os casos excepcionais ou motivo de força maior, devidamente examinados pelo **Órgão Gestor do SAS.**

Estão **isentos de perícia** os tratamentos com orçamento inferior a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO estabelecida e em vigor.

Não será computada no cálculo para fins de realização da Perícia Inicial, a quantidade de Unidade de Serviço Odontológico – USO, correspondente aos procedimentos de **Consulta e Profilaxia.**

Na hipótese de o orçamento já autorizado sofrer **alteração parcial**, o Beneficiário deve submeter-se a uma nova Avaliação Técnica.

Após a realização da Perícia Final, o Beneficiário deverá devolver a Guia de Tratamento Odontológica – GTO ao profissional (pessoa física) ou à clínica (pessoa jurídica) que prestou o serviço.

**As radiografias remetidas para a realização das perícias inicial e final**, deverão estar nítidas, acompanhadas do respectivo “laudo”, contendo os seguintes informes:

- a) Nome do Beneficiário típico (paciente), com foto digitalizada, se possível;
- b) Local, Data e Carimbo e Assinatura do Profissional Especialista em Radiologia;
- c) Identificação da Região Radiografada.

**Nos receituários encaminhados às clínicas radiológicas, requisitando exames radiográficos**, devem estar consignados:

- a) Local, Data e Carimbo com a Assinatura do Profissional Requisitante.

## Dos Serviços Não Autorizados

Não serão acobertadas pela Companhia as despesas decorrentes de tratamento odontológico, quando enquadradas nas seguintes situações:

- a) Serviços **não previstos** no presente Referencial Odontológico;
- b) Serviços de prótese para dentes ausentes (artificiais/implantes);

- c) Serviços realizados sem **Avaliação Técnica Inicial e/ou Final**, excetuando-se os tratamentos com orçamento igual ou inferior a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor;
- d) Serviços realizados sem **apreciação e autorização prévia do Órgão Gestor do SAS**;
- e) Por **abandono do tratamento**, com a devida comunicação formal do odontólogo assistente;
- f) Serviços **fracionados em guias distintas**, destinadas a um mesmo beneficiário típico, em nome de um mesmo prestador.

### Dos Honorários e Preços

Os serviços serão remunerados conforme o presente Referencial Odontológico, aceito mediante acordo entre as partes, desde que formalizado por meio do correspondente **contrato de credenciamento por especialidade**.

A partir da data de vigência do presente Referencial Odontológico, a Unidade de Serviço Odontológico – USO correspondente aos procedimentos nela estipulados, **será convertida pelo valor praticado pelas partes na data de emissão**, pela Contratante, da Guia de Tratamento Odontológico – GTO.

### Do Faturamento e da Validade das Guias

As Guias de Tratamento Odontológico – GTO terão validade de **180 (cento e oitenta) dias**, contados da data da autorização da Companhia. Findo esse prazo, perderão sua eficácia para fins de faturamento.

Os documentos referentes ao faturamento deverão ser entregues na **Unidade Gestora do SAS** até o **5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços**.

#### COMPÕEM A FATURA:

- Nota Fiscal Eletrônica (Pessoas Física ou Jurídica) e/ou Recibo de Pagamento a Autônomo, (Pessoas Física) - **(Duas vias)**;
- Relação dos atendimentos realizados, com a indicação do nome do Empregado (Beneficiário Titular) ou de seu Dependente Típico, acrescida da correspondente totalização da Unidade de Serviço Odontológico – USO, para Pessoas Física e Jurídica - **(Duas vias)**;
- Guias de Tratamento Odontológico – GTO, referentes aos tratamentos já concluídos, para Pessoas Física e Jurídica;
- Certidão Unificada de Regularidade Fiscal de todos os Tributos Federais e Contribuições Previdenciárias, no âmbito da Receita Federal e da Procuradoria da Fazenda **(recentemente criada pela PGFN)**, para Pessoa Jurídica;
- Certificado de Regularidade do FGTS;

- Certificado de Regularidade para com a Fazenda Estadual ou Municipal, conforme o caso;
- **Protocolo de envio do arquivo XML no Padrão TISS 3.02** (RN/ANS nº 305, 09 /10/2012).

## Das Disposições Finais

Não serão autorizados planos de tratamentos odontológicos propostos por profissional **não detentor** do Título de Especialização correspondente à **área de atuação contratada**, fazendo-se necessária a apresentação da competente **Inscrição de Especialização – IE** junto ao respectivo **Conselho Regional de Odontologia – CRO**, a que o mesmo esteja vinculado.

Os procedimentos odontológicos acobertados pelo Serviço de Assistência à Saúde – SAS são aqueles previstos no presente Referencial Odontológico e normatizados pela Companhia Nacional de Abastecimento – CONAB.

Os procedimentos de prótese, estabelecidos no presente Referencial Odontológico, destinam-se exclusivamente a **dentes naturais**.

O presente **Referencial Odontológico** e suas Instruções têm **abrangência geográfica ao nível nacional** e é parte integrante do Contrato Padrão de Credenciamento por Especialidade, celebrado entre as partes.

### EXAME CLÍNICO

| CÓDIGO TUSS | DESCRIÇÃO TUSS                                            | QTDE USO |
|-------------|-----------------------------------------------------------|----------|
| 81000049    | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA                         | 130      |
| 81000065    | CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL                             | 100      |
| 81000073    | CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA | 80       |
| 81000073    | CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA | 80       |
| 81000073    | CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA | 80       |

### EXAME CLÍNICO - INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

- 1- A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.
- 2- Considera-se Urgência os atendimentos ocorridos em dias de Sábado, Domingo e Feriado, sempre e quando este horário não se encontre no fixado pelo dentista. Nos dias úteis, a Urgência Noturna compreende os atendimentos ocorridos no horário das 22h às 06h. Por essa razão, a Consulta de Urgência terá um acréscimo de 30%, em relação à Consulta Inicial.
- 3- Na GTO da Avaliação Técnica (Perícias Inicial e Final), deverá conter em seu corpo, o número correspondente à GTO destinada ao Plano de Tratamento periciado.

- 4- **Perícia Inicial:** deverá ser realizada quando o tratamento resultar em quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO igual ou superior àquela estabelecida e em vigor.
- 5- **Perícia Final:** deverá ser realizada até 08 (oito) dias úteis contados da data da conclusão do Tratamento Odontológico, acompanhadas das radiografias finais solicitadas pelo Avaliador Técnico.
- 6- **Atenção:** nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor.** Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

#### RADIOLOGIA

| CÓDIGO TUSS | DESCRIÇÃO TUSS                             | QTDE. USO |
|-------------|--------------------------------------------|-----------|
| 81000421    | RADIOGRAFIA PERIAPICAL                     | 32        |
| 81000383    | RADIOGRAFIA OCLUSAL                        | 68        |
| 81000430    | RADIOGRAFIA ANTERO-POSTERIOR               | 120       |
| 81000340    | RADIOGRAFIA ATM                            | 300       |
| 81000405    | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDIBULA/MAXILA | 132       |
| 81000375    | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE WING      | 32        |
| 81000367    | RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO - CARPAL        | 140       |
| 81000308    | MODELOS ORTODÔNTICOS                       | 160       |
| 81000456    | SLIDE                                      | 28        |
| 81000278    | FOTOGRAFIA                                 | 28        |
| 81000480    | TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO | 196       |
| 81000472    | TELERRADIOGRAFIA                           | 120       |

### **RADIOLOGIA – INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:**

- 1- A autorização da Radiografia Panorâmica está condicionada ao limite de 01 (uma) por ano, por beneficiário típico do SAS.
- 2- As Radiografias somente serão viabilizadas por intermédio da solicitação radiográfica datada e assinada por profissional, mediante carimbo e CRO legível.
- 3- A série completa de 14 (quatorze) Radiografias Periapicais e 04 (quatro) Interproximais poderá ser realizada somente por Clínicas Radiológicas.
- 4- Quando da realização de Radiografias da ATM, 03 (três) Incidências Bilaterais devem ser consideradas: Repouso, Intercuabertura Máxima, para verificação da Excursão do Côndilo.
- 5- Em se tratando de Slides e Fotos, a Série Máxima é de 07 (sete) Unidades, composta da seguinte forma: Duas Extra-orais – Uma de Frente e Uma de Perfil; Cinco Intra-orais – Uma Sorriso, Duas Laterais e Duas Oclusais.
- 6- Estão isentos de perícias os procedimentos radiológicos, **ainda que ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico - USO, estabelecida e em vigor.**

## ODONTOPEDIATRIA

| CÓDIGO TUSS | DESCRIÇÃO TUSS                                                    | QTDE USO |
|-------------|-------------------------------------------------------------------|----------|
| 81000049    | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA                                 | 130      |
| 81000065    | CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL                                     | 100      |
| 83000089    | EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO                                      | 116      |
| 85100099    | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 1 FACE                                  | 110      |
| 85100102    | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 2 FACES                                 | 130      |
| 85100110    | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 3 FACES                                 | 168      |
| 85100129    | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 4 FACES                                 | 182      |
| 85100196    | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE                    | 140      |
| 85100200    | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES                   | 188      |
| 85100218    | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES                   | 208      |
| 84000090    | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR                                         | 112      |
| 84000074    | APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS                       | 100      |
| 84000058    | APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA                           | 112      |
| 85200042    | PULPOTOMIA                                                        | 160      |
| 82001715    | ULOTOMIA                                                          | 160      |
| 81000014    | CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA                                    | 120      |
| 83000046    | COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO                                     | 240      |
| 83000151    | TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO                           | 260      |
| 84000201    | REMINERALIZAÇÃO (FLUOTERAPIA) VALOR TOTAL DAS 04 (QUATRO) SESSÕES | 216      |
| 84000031    | APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO – BOCA TOTAL                            | 80       |
| 84000198    | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO                                   | 184      |
| 84000139    | ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL                                | 76       |

**ODONTOPEDIATRIA – INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:**

- 1- Não serão autorizados planos de tratamentos odontológicos propostos por profissional não detentor do Título de Especialização em **Odontopediatria**, e bem assim da competente **Inscrição de Especialização – IE** junto ao respectivo **Conselho Regional de Odontologia – CRO**, a que o mesmo esteja vinculado.
- 2- A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.
- 3- Independentemente do Tipo de Restauração (amálgama; resina), as faces envolvidas devem estar marcadas no Odontograma e especificadas na descrição da GTO.
- 4- Qualquer que seja o Tipo de Restauração (amálgama; resina), já está incluído o forramento necessário, bem como o Polimento Final.
- 5- Em se tratando de Aplicação Tópica de Flúor, é considerada a Boca Total, abrangendo os Dois Arcos, excluída, aí, a Profilaxia, já que esta possui código distinto daquela. Note-se que o intervalo entre uma aplicação e outra, é de 06 (seis) meses.
- 6- A Aplicação de Selante se dá por elemento, destinando-se exclusivamente aos dentes molares e pré-molares, independentemente da técnica utilizada, cujo procedimento é autorizado somente para beneficiário **com idade inferior a 14 (quatorze) anos**, desde que decorrido o prazo mínimo de 01 (um) ano entre uma aplicação e outra.
- 7- Entende-se por Condicionamento Odontopediátrico, a fase inicial de adaptação da criança ao consultório, oportunidade em que será considerado o valor total das sessões – máximo de duas. Para essa finalidade, é importante destacar que o procedimento é autorizado não mais que uma vez por beneficiário, mediante justificativa do profissional assistente.
- 8- Nos casos em que o profissional assistente indicar a necessidade de Fluorterapia ou Remineralização, desde que verificada a existência de manchas generalizadas, o procedimento deverá ser justificado no verso da GTO, de modo a viabilizar a sua autorização no ato da Avaliação Técnica. Note-se que esse procedimento, quando autorizado, não pode ser realizado juntamente com a Aplicação Tópica de Flúor – Código TUSS 8000090 e a Dessensibilização Dentária – Código TUSS 85300071. A Aplicação de Cariostático é destinada, exclusivamente, para criança com idade inferior a 04 (quatro) anos.
- 9- Excepcionalmente, desde que justificadas, poderão ser autorizadas até duas sessões por beneficiário, com vistas à realização de Orientação de Higiene Bucal.
- 10- Estão isentos de perícias, os Procedimentos Odontopediátricos **que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor.**
- 11- **Atenção:** nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor.** Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

### DENTÍSTICA (Restauradora)

| CÓDIGO TUSS | DESCRIÇÃO TUSS                                  | QTDE USO |
|-------------|-------------------------------------------------|----------|
| 81000049    | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA               | 130      |
| 81000065    | CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL                   | 100      |
| 83000089    | EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO                    | 116      |
| 85100099    | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 1 FACE                | 110      |
| 85100102    | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 2 FACES               | 130      |
| 85100110    | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 3 FACES               | 168      |
| 85100129    | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 4 FACES               | 182      |
| 85100196    | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE  | 140      |
| 85100200    | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 188      |
| 85100218    | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 208      |
| 85100137    | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE       | 92       |
| 85400262    | PINO PRÉ FABRICADO                              | 26       |
| 84000090    | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR                       | 112      |
| 84000198    | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO                 | 184      |
| 85100021    | CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO                    | 1110     |
| 85400076    | COROA PROVISÓRIA COM PINO                       | 168      |
| 85400084    | COROA PROVISÓRIA SEM PINO                       | 148      |
| 85400556    | RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA                    | 512      |
| 85400548    | RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY/ONLAY           | 1200     |
| 80400040    | CASQUETE PARA MOLDAGEM                          | 112      |
| 85200042    | PULPOTOMIA                                      | 160      |
| 84000074    | APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS     | 100      |
| 84000058    | APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA         | 112      |

### DENTÍSTICA – INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

1. A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.

2. Independentemente do Tipo de Restauração (amálgama; resina), as faces envolvidas devem estar marcadas no Odontograma e especificadas na descrição da GTO.
3. Qualquer que seja o Tipo de Restauração (amálgama; resina), já está incluído o forramento necessário, bem como o Polimento Final.
4. Não obstante o material utilizado, as Restaurações em Amálgama e Resina deverão ter **garantia mínima de 02 (dois) anos**.
5. Estão isentos de perícias, os Procedimentos de Dentística (restauradora) **que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor**.
6. **Atenção:** nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor**. Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

#### ENDODONTIA

| CÓDIGO TUSS | DESCRIÇÃO TUSS                           | QTDE USO |
|-------------|------------------------------------------|----------|
| 81000065    | CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL            | 100      |
| 85200166    | TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR     | 544      |
| 85200140    | TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR      | 612      |
| 85200158    | TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR   | 892      |
| 85200115    | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR   | 644      |
| 85200093    | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR    | 652      |
| 85200107    | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR | 1160     |
| 85100013    | CAPEAMENTO PULPAR DIRETO                 | 88       |
| 85200018    | CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO       | 272      |
| 85200077    | REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR        | 168      |
| 85200042    | PULPOTOMIA                               | 160      |
| 83000151    | TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO  | 260      |
| 85200123    | TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA     | 216      |
| 85200026    | PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR      | 64       |
| 80300014    | URGÊNCIA ENDODÔNTICA                     | 172      |
| 81000421    | RADIOGRAFIA PERIAPICAL                   | 32       |
| 80400034    | CIMENTAÇÃO PROVISÓRIA DE BLOCOS E COROAS | 70       |
| 85400505    | REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO            | 100      |

### ENDODONTIA – INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

- 1- Não serão autorizados planos de tratamentos odontológicos propostos por profissional não detentor do Título de Especialização em **Endodontia**, e bem assim da competente **Inscrição de Especialização – IE** junto ao respectivo **Conselho Regional de Odontologia – CRO**, a que o mesmo esteja vinculado.
- 2- A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.
- 3- As Radiografias que retratam o “**antes**” e o “**depois**” do Tratamento Endodôntico deverão ser apresentadas, respectivamente, nas Perícias Inicial e Final.
- 4- Os Tratamentos Endodônticos e respectivos Retratamentos deverão ter garantia mínima de 03 (três) anos.
- 5- As Radiografias utilizadas durante o Tratamento e/ou Retratamento Endodôntico já estão incluídas no procedimento, não podendo, por isso, ser cobradas separadamente.
- 6- Pode ser cobrada separadamente apenas a Radiografia utilizada para a definição do Diagnóstico, desde que realizada no Consultório, e bem assim aquela destinada à comprovação do Preparo para Núcleo.
- 7- É indispensável a apresentação da Radiografia Inicial no ato da Avaliação Técnica Inicial e, do mesmo modo, as duas – conjuntamente inicial e final – por ocasião da Avaliação Técnica Final.
- 8- A cobrança de Capeamento Direto somente pode ocorrer quando houver Exposição Pulpar e, ainda, se for usado como Curativo de Demora, para definir a necessidade ou não do Tratamento Endodôntico (indicado para crianças e adolescentes).
- 9- O Clareamento somente é autorizado quando realizado em Dentes Anteriores, incluindo, aí, os primeiros pré-molares superiores e que já receberam Tratamento Endodôntico.
- 10- Estão isentos de perícias, os Procedimentos Endodônticos **que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor.**
- 11- **Atenção:** nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor.** Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

**PERIODONTIA**

| <b>CÓDIGO TUSS</b> | <b>DESCRIÇÃO TUSS</b>                                                                         | <b>QTDE USO</b> |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 81000049           | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA                                                             | 130             |
| 81000065           | CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL                                                                 | 100             |
| 85300039           | RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR                                                    | 120             |
| 85300047           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                                       | 100             |
| 84000163           | CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)                                                       | 152             |
| 82000212           | AUMENTO DE COROA CLÍNICA                                                                      | 304             |
| 82000417           | CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO                                                                | 380             |
| 85400254           | ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)                                        | 440             |
| 85400246           | ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)                                           | 720             |
| 82000557           | CUNHA PROXIMAL                                                                                | 172             |
| 82000689           | ENXERTO PEDICULADO                                                                            | 360             |
| 82001073           | ODONTO-SECÇÃO                                                                                 | 348             |
| 82000921           | GENGIVECTOMIA - POR SEGMENTO                                                                  | 380             |
| 85300020           | IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES                                                   | 80              |
| 85300012           | DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA                                                                    | 40              |
| 85300071           | TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA                                                | 64              |
| 85400017           | AJUSTE OCLUSAL                                                                                | 132             |
| 85300063           | TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO                                                      | 240             |
| 82000646           | ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL                                                               | 560             |
| 84000090           | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR                                                                     | 112             |
| 82001669           | TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REGENERATIVO COM ENXERTO DE OSSO AUTÓGENO                             | 1160            |
| 82000506           | CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA                                                        | 124             |
| 84000198           | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO                                                               | 184             |
| 84000139           | ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL                                                            | 76              |
| 82000239           | BIÓPSIA – POR SEGMENTO                                                                        | 200             |
| 80450015           | CURETAGEM APICAL                                                                              | 460             |
| 82000832           | EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA                                   | 192             |
| 82000859           | EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL                                                                    | 192             |
| 82001030           | INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMAO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 192             |

## PERIODONTIA – INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

- 1- Não serão autorizados planos de tratamentos odontológicos propostos por profissional não detentor do Título de Especialização em **Periodontia**, e bem assim da competente **Inscrição de Especialização – IE** junto ao respectivo **Conselho Regional de Odontologia – CRO**, a que o mesmo esteja vinculado.
- 2- A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.
- 3- Não será acolhida/permitida a cobrança de consultas quando o beneficiário retornar para a Avaliação do Tratamento Cirúrgico.
- 4- Relativamente aos Tratamentos Não Cirúrgicos de Periodontite mencionados nos Códigos TUSS 85300039, 85300047, faz-se necessária que a Medição das Bolsas seja indicada na GTO, de modo a viabilizar a sua liberação pelo Perito, por ocasião da Avaliação Técnica Inicial.
- 5- Na ocorrência de Intervenção Cirúrgica Periodontal, a troca de Cimento Cirúrgico e eventual Curativo Pós-Cirúrgico já está incluída.
- 6- Não é permitida a cobrança simultânea do Tratamento Não Cirúrgico da Periodontite Leve e/ou Avançada com o Tratamento de Gengivite, quando estes se derem no mesmo Segmento.
- 7- O procedimento descrito no Código TUSS 84000198 não poderá ser cobrado associadamente aos Códigos TUSS 82000506 e 82001669.
- 8- Será recusada, igualmente, a cobrança do Tratamento Não Cirúrgico da Periodontite, juntamente com o Tratamento Cirúrgico no mesmo Segmento.
- 9- Cada Arcada contém 03 (três) Segmentos, sendo 1 Segmento Anterior (canino a canino); 1 Segmento Posterior Esquerdo; e 1 Segmento Posterior Direito. Já uma Arcada (superior ou inferior) compõe-se de 2 Hemiarquadas, que por sua vez contém 1 e ½ Segmento cada.
- 10- Os Procedimentos de Cirurgia Periodontal, Tratamento Não Cirúrgico da Periodontite e Enxertos, somente serão autorizados desde que requeridos por profissional odontólogo credenciado detentor do Título de Especialização em **Periodontia**.
- 11- Havendo indicação para a confecção de Placa Miorrelaxante Rígida e Imobilização Dentária, far-se-ão necessários Laudos Especializados, os quais poderão ser lavrados no verso da própria GTO.
- 12- Excepcionalmente, desde que justificadas pelo especialista, poderão ser autorizadas até duas sessões por beneficiário, com vistas à realização de Orientação de Higiene Bucal.
- 13- A remoção do cimento cirúrgico e suturas decorre do ato cirúrgico – *o acessório acompanha o principal* -, não devendo, por isso, ser considerada como Proservação Pós-Cirúrgica, **cujá cobrança será recusada**.

- 14- Estão isentos de perícias, os Procedimentos Periodonticos **que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor.**
- 15- **Atenção:** nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor.** Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

#### PRÓTESE DENTÁRIA

| CÓDIGO TUSS | DESCRIÇÃO TUSS                                                            | QTDE USO |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------|----------|
| 81000049    | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA                                         | 130      |
| 81000065    | CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL                                             | 100      |
| 85400394    | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS       | 584      |
| 85400394    | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS       | 584      |
| 85400386    | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL                           | 2000     |
| 85400386    | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL                           | 2000     |
| 85400378    | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO    | 412      |
| 85400220    | NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO                                                   | 292      |
| 85400165    | COROA TOTAL METALO PLÁSTICA (COROA VENEER)                                | 840      |
| 85400173    | COROA TOTAL METALO PLÁSTICA                                               | 500      |
| 85400149    | COROA TOTAL METÁLICA                                                      | 560      |
| 85400076    | COROA PROVISÓRIA COM PINO                                                 | 168      |
| 85400084    | COROA PROVISÓRIA SEM PINO                                                 | 148      |
| 85400408    | PRÓTESE TOTAL                                                             | 2760     |
| 85400408    | PRÓTESE TOTAL                                                             | 2760     |
| 85400050    | CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)               | 140      |
| 85400033    | CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)   | 320      |
| 80400015    | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXE MACHO JÁ INCLUÍDO – ARCADA SUPERIOR | 2360     |
| 80400016    | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXE MACHO JÁ INCLUÍDO – ARCADA INFERIOR | 2360     |
| 85400319    | PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO PLÁSTICA                          | 1120     |
| 85400300    | PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO CERÂMICA                          | 1600     |
| 86000420    | OBTENÇÃO DE MODELOS                                                       | 148      |
| 85400416    | PRÓTESE TOTAL IMEDIATA                                                    | 1400     |
| 85400416    | PRÓTESE TOTAL IMEDIATA                                                    | 1400     |
| 85400017    | AJUSTE OCLUSAL                                                            | 132      |
| 90011791    | COROA METALO-CERÂMICA OU METAL FREE SOBRE DENTE NATURAL                   | 1600     |
| 85400173    | COROA TOTAL METALO PLÁSTICA                                               | 500      |
| 80400025    | PRÓTESE FIXA ADESIVA METALO-CERÂMICA (PONTE DE 3)                         | 2222     |

|          |                                                        |      |
|----------|--------------------------------------------------------|------|
| 80400026 | PRÓTESE FIXA ADESIVA METALO-PLÁSTICA (PONTE DE 3)      | 1600 |
| 85400483 | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO   | 360  |
| 85400483 | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO   | 360  |
| 85400483 | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO   | 360  |
| 85400483 | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO   | 360  |
| 85400092 | COROA TOTAL ACRÍLICA PRENSADA                          | 460  |
| 85400505 | REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO                          | 100  |
| 80400033 | PONTO DE SOLDA                                         | 180  |
| 85400467 | RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS                   | 100  |
| 85400505 | REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO                          | 100  |
| 85400556 | RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA                           | 512  |
| 85400548 | RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY/ONLAY                  | 1200 |
| 85400254 | ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA) | 440  |
| 85400246 | ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)    | 720  |
| 80400040 | CASQUETE PARA MOLDAGEM                                 | 112  |
| 85400475 | REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA                      | 100  |
| 85400181 | FACETA EM CERÂMICA PURA                                | 1288 |
| 85200026 | PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR                    | 64   |

#### PRÓTESE DENTÁRIA – INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

- 1- A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.
- 2- Os Trabalhos de Próteses deverão ter garantia mínima de 02 (dois) anos.
- 3- Os trabalhos executados em **ouro** ou em outro material não previsto na presente Tabela serão de inteira responsabilidade do beneficiário junto ao profissional.
- 4- Os **procedimentos de prótese**, estabelecidos no presente Referencial Odontológico, destinam-se **exclusivamente** a **dentes naturais**.
- 5- **Não serão acobertadas** pela Companhia as despesas decorrentes de **serviços de prótese para dentes ausentes** (artificiais/implantes);
- 6- Todo Procedimento de Prótese deverá ter garantia mínima de 03 (três) anos.
- 7- A Confeção do Núcleo Metálico é comprovada por meio de Radiografia, registrando o antes e o depois de sua colocação.

- 8- O Ajuste de Oclusão, bem como o Modelo de Estudo se restringem aos casos de Reabilitação Oral Maior, tais como: Próteses Fixas; Próteses Removíveis; ou na Confeção de 04 (quatro) ou Mais Blocos ou Coroas no mesmo Arco.
- 9- Somente é autorizada a cobrança de 01 (uma) Coroa Provisória para cada Elemento Dentário.
- 10- Coroas Provisórias Prensadas somente são autorizadas se houver confecção de Prótese Fixa ou quando envolver Mais de 03 (três) Preparos de Dentes no Mesmo Arco.
- 11- Em se tratando de Coroa Provisória Prensada, há a necessidade de Perícia Final, devendo a GTO ser desmembrada em Tratamento Provisório e Definitivo.
- 12- Não haverá autorização para nenhum tipo de Coroa Provisória para a confecção de Restauração Metálica Fundida – RMF.
- 13- Quando houver indicação para confecção de Faceta Laminada de Porcelana, esta deverá ser justificada no verso da GTO.
- 14- Não é permitida a cobrança de Cimentação de Blocos e Coroas fora do Atendimento de Emergência.
- 15- Havendo indicação para a confecção de Placa Miorrelaxante Rígida, far-se-ão necessários Laudos Especializados, os quais poderão ser lavrados no verso da própria GTO.
- 16- Estão isentos de perícias, os Procedimentos de Prótese Dentária **que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor.**
- 17- **Atenção:** nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor.** Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

## CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

| CÓDIGO TUSS | DESCRIÇÃO TUSS                                                                                         | QTDE USO |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 81000049    | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA                                                                      | 130      |
| 81000065    | CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL                                                                          | 100      |
| 82000174    | APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                                    | 512      |
| 82000182    | APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                                    | 560      |
| 82000077    | APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                                     | 660      |
| 82000085    | APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                                     | 716      |
| 82000166    | APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                                  | 740      |
| 82000158    | APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                                  | 812      |
| 82000239    | BIÓPSIA – POR SEGMENTO                                                                                 | 200      |
| 82000786    | EXÉRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS                                                             | 480      |
| 82001367    | REMOÇÃO DE ODONTOMA                                                                                    | 600      |
| 82000387    | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – UNILATERAL                                                            | 360      |
| 82000360    | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – BILATERAL                                                             | 720      |
| 82000298    | BRIDECTOMIA                                                                                            | 352      |
| 80450013    | CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE SUPERIOR DIREITA                                                              | 600      |
| 80450014    | CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE SUPERIOR ESQUERDA                                                             | 600      |
| 80450015    | CURETAGEM APICAL                                                                                       | 460      |
| 82000832    | EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA                                            | 192      |
| 82000816    | EXODONTIA A RETALHO                                                                                    | 232      |
| 82000859    | EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL                                                                             | 192      |
| 82000034    | ALVEOLOPLASTIA                                                                                         | 80       |
| 82001286    | REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS                                                                | 576      |
| 82000883    | FRENULECTOMIA LABIAL                                                                                   | 360      |
| 82000883    | FRENULECTOMIA LABIAL                                                                                   | 360      |
| 82000883    | FRENULECTOMIA LABIAL                                                                                   | 360      |
| 82001030    | INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO- MAXILO-FACIAL         | 192      |
| 82001502    | TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA                                                     | 600      |
| 82001251    | REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO                                                                      | 240      |
| 82001154    | RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL                                                                   | 360      |
| 82001715    | ULOTOMIA                                                                                               | 160      |
| 82001618    | TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                | 604      |
| 82001596    | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 604      |

### **CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL – INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:**

- 1- A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.
- 2- Para um melhor resultado da Avaliação Técnica, os Tratamentos Cirúrgicos deverão estar sempre acompanhados das radiografias correspondentes às Perícias Inicial e Final.
- 3- Os Procedimentos de Cirurgia Odontológica, realizados por profissionais em ambiente hospitalar, serão remunerados de acordo com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, cujos procedimentos nela estabelecidos deverão estar previamente autorizados pela CONAB, por meio da respectiva Guia de Tratamento Odontológico – GTO.
- 4- Para que sejam autorizados os Procedimentos Laço de Dente Incluso e Exodontia, indicados para o Tratamento Ortodôntico, é necessário que a Solicitação do Especialista em Ortodontia esteja apensada à GTO.
- 5- Os Procedimentos de Apicetomia Com ou Sem Obturação Retrógrada deverão estar acompanhados das respectivas radiografias, iniciais e finais.
- 6- Para que o Procedimento Cirúrgico (Exodontia de Dente Permanente, Remoção de Dente Incluso e Cirurgias Maiores) seja realizado a contento, faz-se necessário constar no verso da GTO, o LIVRE CONSENTIMENTO do Paciente ou de seu Responsável, dando conta dos riscos e benefícios advindos da Cirurgia, devidamente Datado e Assinado pelo Paciente ou Responsável.
- 7- O odontólogo assistente deve orientar e fornecer, por escrito, as recomendações pré e pós-operatórias, por ocasião da indicação/realização da Cirurgia.
- 8- Estão isentos de perícias, os Procedimentos de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial **que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor.**
- 9- **Atenção:** nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor.** Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

## ORTONDONTIA

| CÓDIGO TUSS | DESCRIÇÃO TUSS                                          | QTDE USO |
|-------------|---------------------------------------------------------|----------|
| 86000373    | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO REMOVÍVEL | 200      |
| 86000357    | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO FIXO      | 240      |

### ORTODONTIA – INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

- 6- A Manutenção Mensal é um ato odontológico que requer conhecimentos específicos, portanto só pode ser executada por profissionais detentores do Título de Especialização em Ortodontia, devidamente registrado no Conselho Regional de Odontologia – CRO.
- 7- Os pedidos de Manutenção Mensal para Aparatologia, tanto Fixa quanto Móvel, deverão conter o mês a que se destinam.
- 8- Não serão autorizados pedidos extemporâneos de Manutenção Ortodôntica, ou seja, somente serão emitidas Guias de Tratamento Odontológico – GTO dentro do mês em que se realizará a manutenção requerida.
- 9- Cada Beneficiário faz jus a até 24 (vinte e quatro) Manutenções de Aparatologia Ortodôntica (Móvel ou Fixa), incluída, aí, a Fase de Contenção. Excepcionalmente, desde que justificadas por Laudo Ortodôntico, e aprovadas pela perícia, tais Manutenções poderão ser prorrogadas por mais 12 (doze) continuadas, totalizando 36 (trinta e seis) meses.
- 10- Toda vez que o Beneficiário deixar de comparecer ao Consultório, para a realização da Manutenção prevista no Plano de Tratamento Ortodôntico, a Companhia não se responsabilizará pela cobertura financeira daí decorrente, não se admitindo nesse caso a recontagem/compensação da quantidade das manutenções inicialmente estabelecidas.
- 11- Na hipótese de o empregado ser transferido para outra Regional, o Profissional Assistente deverá emitir Laudo Ortodôntico, detalhando os pontos do tratamento já realizado. Do mesmo modo, deverá o Profissional Assistente entregar ao Beneficiário a respectiva Documentação Ortodôntica, de forma a criar maiores condições e facilidades para um novo contato com outro especialista, objetivando a continuidade do tratamento.

# TERMINOLOGIA UNIFICADA DA SAÚDE SUPLEMENTAR – TUSS

| CÓDIGO TUSS | DESCRIÇÃO TUSS                                                                             | QTDE USO |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 80300014    | ENDODÔNTICA (CÓDIGO PRÓPRIO)                                                               | 172      |
| 80400015    | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXE MACHO JÁ INCLUÍDO – ARCADA SUPERIOR (CÓDIGO PRÓPRIO) | 2360     |
| 80400016    | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXE MACHO JÁ INCLUÍDO –ARCADA INFERIOR (CÓDIGO PRÓPRIO)  | 2360     |
| 80400026    | PRÓTESE FIXA ADESIVA METALO-PLÁSTICA (PONTE DE 3) (CÓDIGO PRÓPRIO)                         | 1600     |
| 80400033    | PONTO DE SOLDA (CÓDIGO PRÓPRIO)                                                            | 180      |
| 80400034    | CIMENTAÇÃO PROVISÓRIA DE BLOCOS E COROAS (CÓDIGO PRÓPRIO)                                  | 70       |
| 80400040    | CASQUETE PARA MOLDAGEM (CÓDIGO PRÓPRIO)                                                    | 112      |
| 80400042    | FACETA LAMINA DE PORCELANA (CÓDIGO PRÓPRIO)                                                | 1288     |
| 80450013    | CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE SUPERIOR DIREITA (CÓDIGO PRÓPRIO)                                 | 600      |
| 80450014    | CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE SUPERIOR ESQUERDA (CÓDIGO PRÓPRIO)                                | 600      |
| 80450015    | CURETAGEM APICAL                                                                           | 460      |
| 81000014    | CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA                                                             | 120      |
| 81000049    | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA                                                          | 130      |
| 81000065    | CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL                                                              | 100      |
| 81000073    | CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA                                  | 80       |
| 81000278    | FOTOGRAFIA                                                                                 | 28       |
| 81000308    | MODELOS ORTODÔNTICOS                                                                       | 160      |
| 81000340    | RADIOGRAFIA DA ATM                                                                         | 300      |
| 81000367    | RADIOGRAFIA DA MÃO E PUNHO - CARPAL                                                        | 140      |
| 81000375    | RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE WING                                                      | 32       |
| 81000383    | RADIOGRAFIA OCLUSAL                                                                        | 68       |
| 81000405    | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA)                              | 132      |
| 81000421    | RADIOGRAFIA PERIAPICAL                                                                     | 32       |
| 81000430    | RADIOGRAFIA ANTERO-POSTERIOR                                                               | 120      |
| 81000456    | SLIDE                                                                                      | 28       |
| 81000472    | TELERRADIOGRAFIA                                                                           | 120      |
| 81000480    | TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO                                                 | 196      |
| 82000034    | ALVEOLOPLASTIA                                                                             | 80       |
| 82000077    | APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                         | 660      |
| 82000085    | APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                         | 716      |
| 82000158    | APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                      | 812      |
| 82000166    | APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                      | 740      |
| 82000174    | APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                        | 512      |
| 82000182    | APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA                                        | 560      |

|          |                                                                                                        |      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 82000212 | AUMENTO DE COROA CLÍNICA                                                                               | 304  |
| 82000239 | BIÓPSIA – POR SEGMENTO                                                                                 | 200  |
| 82000298 | BRIDECTOMIA                                                                                            | 352  |
| 82000360 | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – BILATERAL                                                             | 720  |
| 82000387 | CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – UNILATERAL                                                            | 360  |
| 82000417 | CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO                                                                         | 380  |
| 82000506 | CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA                                                                 | 124  |
| 82000557 | CUNHA PROXIMAL                                                                                         | 172  |
| 82000646 | ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL                                                                        | 560  |
| 82000689 | ENXERTO PEDICULADO                                                                                     | 360  |
| 82000786 | EXÉRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS                                                             | 480  |
| 82000816 | EXODONTIA A RETALHO                                                                                    | 232  |
| 82000832 | EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA                                            | 192  |
| 82000859 | EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL                                                                             | 192  |
| 82000883 | FRENULECTOMIA LABIAL                                                                                   | 360  |
| 82000921 | GENGIVECTOMIA - POR SEGMENTO                                                                           | 380  |
| 82001030 | INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO- MAXILO-FACIAL         | 192  |
| 82001073 | ODONTO-SECÇÃO                                                                                          | 348  |
| 82001154 | RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL                                                                   | 360  |
| 82001251 | REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO                                                                      | 240  |
| 82001286 | REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS                                                                | 576  |
| 82001367 | REMOÇÃO DE ODONTOMA                                                                                    | 600  |
| 82001502 | TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA                                                     | 600  |
| 82001596 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 604  |
| 82001618 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL                | 604  |
| 82001669 | TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REGENERATIVO COM ENXERTO DE OSSO AUTÓGENO                                      | 1160 |
| 82001715 | ULOTOMIA                                                                                               | 160  |
| 83000046 | COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO                                                                          | 240  |
| 83000089 | EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO                                                                           | 116  |
| 83000151 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO                                                                | 260  |
| 84000031 | APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO – BOCA TOTAL                                                                 | 80   |
| 84000058 | APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA                                                                | 112  |
| 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS                                                            | 100  |
| 84000090 | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR                                                                              | 112  |
| 84000139 | ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL                                                                     | 76   |
| 84000163 | CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)                                                                | 152  |

|          |                                                                        |      |
|----------|------------------------------------------------------------------------|------|
| 84000198 | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO                                        | 184  |
| 84000201 | REMINERALIZAÇÃO (FLUOTERAPIA) VALOR TOTAL DAS 04 (QUATRO) SESSÕES      | 216  |
| 85100013 | CAPEAMENTO PULPAR DIRETO                                               | 88   |
| 85100021 | CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO                                           | 1110 |
| 85100064 | FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL                              | 192  |
| 85100099 | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 1 FACE                                       | 110  |
| 85100102 | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 2 FACES                                      | 130  |
| 85100110 | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 3 FACES                                      | 142  |
| 85100129 | RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 4 FACES                                      | 182  |
| 85100137 | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE                              | 92   |
| 85100196 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE                         | 140  |
| 85100200 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES                        | 188  |
| 85100218 | RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES                        | 208  |
| 85200018 | CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO                                     | 272  |
| 85200026 | PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR                                    | 64   |
| 85200042 | PULPOTOMIA                                                             | 160  |
| 85200077 | REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR                                      | 168  |
| 85200093 | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR                                  | 652  |
| 85200107 | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR                               | 1160 |
| 85200115 | RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR                                 | 644  |
| 85200123 | TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA                                   | 216  |
| 85200140 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR                                    | 612  |
| 85200158 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR                                 | 892  |
| 85200166 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR                                   | 544  |
| 85300012 | DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA                                             | 40   |
| 85300020 | IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES                            | 80   |
| 85300039 | RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR                             | 120  |
| 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                                | 100  |
| 85300063 | TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO                               | 240  |
| 85300071 | TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA                         | 64   |
| 85400017 | AJUSTE OCLUSAL                                                         | 132  |
| 85400033 | CONSRTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO) | 320  |
| 85400050 | CONSRTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)             | 140  |
| 85400076 | COROA PROVISÓRIA COM PINO                                              | 168  |
| 85400084 | COROA PROVISÓRIA SEM PINO                                              | 148  |
| 85400092 | COROA TOTAL ACRILICA PRENSADA                                          | 460  |
| 90011791 | COROA METALO-CERÂMICA OU METAL FREE SOBRE DENTE NATURAL                | 1600 |
| 85400149 | COROA TOTAL METÁLICA                                                   | 560  |
| 85400165 | COROA TOTAL METALO PLÁSTICA (COROA VENEER)                             | 840  |
| 85400173 | COROA TOTAL METALO PLÁSTICA                                            | 500  |

|          |                                                                        |      |
|----------|------------------------------------------------------------------------|------|
| 85400181 | FACETA EM CERÂMICA PURA                                                | 1288 |
| 85400211 | NUCLEO DE PREENCHIMENTO                                                | 92   |
| 85400220 | NUCLEO METÁLICO FUNDIDO                                                | 292  |
| 85400246 | ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)                    | 720  |
| 85400254 | ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)                 | 440  |
| 85400262 | PINO PRÉ FABRICADO                                                     | 26   |
| 85400300 | PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO CERÂMICA                       | 1600 |
| 85400319 | PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO PLÁSTICA                       | 1120 |
| 85400378 | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO | 412  |
| 85400386 | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL                        | 2000 |
| 85400394 | PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS    | 584  |
| 85400408 | PRÓTESE TOTAL                                                          | 2760 |
| 85400416 | PRÓTESE TOTAL IMEDIATA                                                 | 1400 |
| 85400467 | RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS                                   | 100  |
| 85400475 | REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA                                      | 100  |
| 85400483 | REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO                   | 360  |
| 85400505 | REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO                                          | 100  |
| 85400513 | RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - INLAY/ONLAY                             | 1500 |
| 85400548 | RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY/ONLAY                                  | 1200 |
| 85400556 | RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA                                           | 512  |
| 86000357 | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO FIXO                     | 240  |
| 86000373 | MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO REMOVÍVEL                | 200  |
| 86000420 | OBTENÇÃO DE MODELOS                                                    | 148  |

## ANEXO IX – HONORÁRIOS DE ANESTESIOLOGISTAS

- 1- Consulta pré-anestésica: R\$87,89;
- 2- Tabela de Referência: Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM Para os **Procedimentos em Regime Ambulatorial**: fator multiplicador de **1,2 (um vírgula duas vezes)** e **Regime de Internação** (UTI, Apartamento, Enfermaria, Day Clinic ou Hospital Dia): Fator multiplicador de **2,0 (duas vezes)**;

**3- Valoração dos Portes Anestésicos:**

| <b>PORTE<br/>ANESTÉSICO</b> | <b>VALOR (R\$)</b> |
|-----------------------------|--------------------|
| <b>0</b>                    | R\$281,24          |
| <b>1</b>                    | R\$128,20          |
| <b>2</b>                    | R\$187,17          |
| <b>3</b>                    | R\$276,38          |
| <b>4</b>                    | R\$397,37          |
| <b>5</b>                    | R\$617,50          |
| <b>6</b>                    | R\$863,17          |
| <b>7</b>                    | R\$1.253,90        |
| <b>8</b>                    | R\$1.606,79        |

As regras permanecem inalteradas, a saber:

- Honorário do anestesista em cirurgias com mais de um código, fica exatamente igual ao do cirurgião: mesma via 100% do maior porte, 50% dos demais. Vias diferentes: 100% do maior porte, 70% dos demais.
- Procedimento com porte anestésico mais procedimento sem porte anestésico: permanece 100% do maior porte e 50% do outro, obedecendo a regra do porte 0 (que se paga o valor do porte 3).
- Procedimentos de porte Zero (0): quando da necessidade do concurso do anesthesiologista, os atos médicos diagnósticos praticados por este profissional ficam valorados pelo porte 2, quando diagnósticos e porte 3, quando terapêuticos, ou pelas regras específicas de cada subgrupo do grupo 4.

**ANEXO X - DOS PACOTES**

| ITENS | CÓDIGO      | ECOENDOSCOPIA – PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO E DE DIAGNÓSTICO,<br>Honorário do Anestesiologista compreendendo os seguintes códigos e procedimentos: | VALOR     |
|-------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1     | 90.01.000-1 | Ecoendoscopia Alta                                                                                                                              | R\$557,52 |
| 2     | 90.01.000-2 | Ecoendoscopia Baixa                                                                                                                             | R\$557,52 |

| ITENS | CÓDIGO      | PROCEDIMENTOS – CIRURGIA CARDIO- VASCULAR     | VALOR        |
|-------|-------------|-----------------------------------------------|--------------|
| 1     | 90.01.000-3 | Punção Pleural                                | R\$325,88    |
| 2     | 90.01.000-4 | Drenagem pleural                              | R\$687,75    |
| 3     | 90.01.000-5 | Mediastinotomia Exploradora                   | R\$2.361,90  |
| 4     | 90.01.000-6 | Tratamento da Mediastinite                    | R\$3.375,82  |
| 5     | 90.01.000-7 | Estenoses de Anel (Ampliação de Anel)         | R\$8.637,31  |
| 6     | 90.01.000-8 | Persistência do Canal Arterial                | R\$9.900,00  |
| 7     | 90.01.000-9 | Coarctação da Aorta                           | R\$9.900,00  |
| 8     | 90.01.001-1 | Bandagem da Arteria Pulmonar                  | R\$3.768,51  |
| 9     | 90.01.021-2 | Comunicação Interatrial (CIA)                 | R\$14.260,00 |
| 10    | 90.01.001-3 | Comunicação Inter Ventricular (CIV)           | R\$14.260,00 |
| 11    | 90.01.001-4 | Ressecção de Membranas, Infundibulos e bandas | R\$10.121,86 |
| 12    | 90.01.001-5 | Transposições                                 | R\$10.587,33 |
| 13    | 90.01.001-6 | Comissurotomia valvar                         | R\$14.260,00 |
| 14    | 90.01.001-7 | Plastia valvar                                | R\$14.260,00 |

|    |             |                                                                                               |              |
|----|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 15 | 90.01.001-8 | Troca valvar                                                                                  | R\$14.260,00 |
| 16 | 90.01.021-9 | Aneurismectomia de VE                                                                         | R\$12.763,95 |
| 17 | 90.01.222-1 | Revascularização do miocárdio                                                                 | R\$15.180,00 |
| 18 | 90.01.002-2 | Revascularização do miocárdio + cirurgia valvar                                               | R\$19.458,00 |
| 19 | 90.01.002-3 | Recolocação de eletrodo / gerador com ou sem troca de unidades                                | R\$675,94    |
| 20 | 90.01.002-4 | Troca de gerador                                                                              | R\$1.184,39  |
| 21 | 90.01.002-5 | MP Unicameral (gerador + eletrodo atrial ou ventricular)                                      | R\$2.189,00  |
| 22 | 90.01.002-6 | MP DDD (gerador + eletrodo atrial e ventricular)                                              | R\$3.429,36  |
| 23 | 90.01.022-7 | Colocação de balão intra-aórtico                                                              | R\$1.930,39  |
| 24 | 90.01.002-8 | Aneurisma de aorta abdominal infra-renal                                                      | R\$10.096,94 |
| 25 | 90.01.002-9 | Aneurisma de aorta abdominal supra-renal                                                      | R\$10.840,81 |
| 26 | 90.01.003-1 | Tratamento percutâneo do aneurisma da aorta                                                   | R\$6.538,12  |
| 27 | 90.01.033-2 | Instalação de circuito para assistência mecânica circulatória prolongada                      | R\$5.275,35  |
| 28 | 90.01.003-3 | Manutenção de circuito para assistência mecânica circulatória prolongada - período de 6 horas | R\$1.164,79  |
| 29 | 90.01.003-4 | Correção cirúrgica das arritmias                                                              | R\$9.440,85  |
| 30 | 90.01.033-5 | Drenagem do pericárdio                                                                        | R\$1.685,96  |
| 31 | 90.01.033-6 | Cardiotomia (ferimento, corpo estranho, ex- ploração)                                         | R\$6.562,86  |
| 32 | 90.01.003-7 | Tumores Cardíacos                                                                             | R\$6.727,36  |

**NEFROLOGIA, todos os pacotes contemplam: honorários médicos, diárias, taxas, materiais e medicamentos propostos para cada procedimento. Exceto anestesista que deverá ser cobrado quando necessário. Caso haja a necessidade de algum outro medicamento, que não esteja previsto no pacote, a solicitação deverá ser prescrita pelo médico assistente com a devida justificativa e enviada a Conab para análise e aprovação.**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                                        | <b>VALOR</b> |
|---------------|---------------------------------------------------------|--------------|
| 30909031      | Hemodiálise Crônica Por Sessão – ATÉ 4H/SESSÃO          | R\$372,14    |
| 30909139      | HEMODEPURAÇÃO POR HEMODIAFILTRAÇÃO – ATÉ 4 HORAS/SESSÃO | R\$423,66    |
| 30909147      | HEMODEPURAÇÃO DE CASOS AGUDOS – ATÉ 12 HORAS/SESSÃO     | R\$549,84    |
| 31008119      | DIÁLISE PERITONEAL (MANUTENÇÃO) – 1VEZ/MÊS              | R\$1.661,10  |
| 30913144      | CONFECÇÃO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA                      | R\$262,66    |
| 31008062      | IMPLANTE DE CATETER – HEMODIÁLISE (+ HNO)               | R\$164,80    |

**ECOENDOSCOPIA, todos os pacotes contemplam: honorários médicos, diárias, taxas, materiais e medicamentos. Exceto anestesista que deverá ser cobrado quando necessário. Caso haja a necessidade de algum outro medicamento, que não esteja previsto no pacote, a solicitação deverá ser prescrita pelo médico assistente com a devida justificativa e enviada a Conab para análise e aprovação.**

| <b>CÓDIGO</b>                                   | <b>DESCRIÇÃO</b>                                       | <b>VALOR</b> |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------|
| 90040612 – Ecoendoscopia baixa ou alta (pacote) | Ecodendoscopia com Punção (com Agulha – Código 041198) | R\$3.000,00  |

**EXAMES LABORATORIAIS**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                                   | <b>VALOR</b> |
|---------------|----------------------------------------------------|--------------|
| 90.01.126-0   | Zica IGG                                           | R\$190,00    |
| 90.01.130-9   | Zica IGM                                           | R\$190,00    |
| 90.01.131-7   | Zica PCR                                           | R\$301,00    |
| 90.01.158-9   | Anticorpos anti peptídeo cíclico citrulinado - IgG | R\$93,72     |
| 90.01.160-0   | Antígeno NS1 do vírus dengue, pesquisa             | R\$68,16     |
| 90.01.161-9   | Dengue, anticorpos IgG, soro (teste rápido)        | R\$68,16     |
| 90.01.162-7   | Dengue, anticorpos IgM, soro (teste rápido)        | R\$68,16     |
| 90.01.003-8   | Procalcitonina                                     | R\$180,00    |

**PACOTE DE DESPESAS COM ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>VALOR</b>                                                                                        |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 90.01.003-9   | Pacote de Despesas com Acomodação e Alimentação para acompanhante (café, almoço e jantar) – desde que o dependente típico, na condição de internado, tenha idade igual ou inferior a 18 (dezoito) anos ou, ainda aquele com perfil etário igual ou superior a 60 (sessenta anos), respectivamente, na forma estabelecida no Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069, de 13/07/1990, e no Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º/10/2003. | Café da Manhã R\$10,09, Almoço R\$14,57, Café da tarde R\$10,09 e Jantar R\$14,57. Total: R\$49,32. |

**CORAÇÃO E ANGIOTOMOGRAFIA**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                                                                                                                             | <b>VALOR</b> |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 90.01.004-1   | Coração – para avaliação do escore de cálcio coronariano. Angiotomografia de aorta torácica, reconstrução tridimensional, materiais e medicamentos. Segmento: coronárias + escore de cálcio. | R\$484,99    |
| 90.01.004-2   | Angiotomografia de aorta torácica, reconstrução tridimensional, materiais e medicamentos. Segmento: aorta torácica                                                                           | R\$426,56    |
| 90.01.004-3   | Angiotomografia de aorta abdominal, reconstrução tridimensional, materiais e medicamentos. Segmento: aorta abdominal.                                                                        | R\$432,56    |
| 90.01.004-4   | Angiotomografia, reconstrução tridimensional, materiais e medicamentos. Segmento: pulmão.                                                                                                    | R\$462,56    |
| 90.01.004-5   | Angiotomografia, reconstrução tridimensional, materiais e medicamentos. Segmento: carótidas e vértebras.                                                                                     | R\$462,56    |
| 90.01.004-6   | Angiotomografia, reconstrução tridimensional, materiais e medicamentos. Segmento: cerebral.                                                                                                  | R\$462,56    |
| 90.01.004-7   | Angiotomografia, reconstrução, tridimensional, materiais e medicamentos. Segmento: membro inferior direito.                                                                                  | R\$462,56    |
| 90.01.004-8   | Angiotomografia, reconstrução tridimensional, materiais e medicamentos. Segmento: membro inferior esquerdo.                                                                                  | R\$462,56    |

| DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS MENTAIS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| CÓDIGO                                    | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | VALOR     |
| 90.01.001-9                               | a) Pacote de Segunda a Sexta – Hospital Dia Integral (08:30 às 17:30): <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 Consulta Psiquiátrica;</li> <li>• 01 Consulta Clínica;</li> <li>• 01 Psicoterapia Individual;</li> <li>• 05 Psicoterapia de Grupo;</li> <li>• 01 Psicoterapia de Família;</li> <li>• 01 Psicoterapia de Casal;</li> <li>• 12 sessões de Terapia Ocupacional</li> <li>• 05 sessões de Terapia Corporal;</li> <li>• 02 sessões de Musicoterapia;</li> <li>• 03 sessões de Arteterapia;</li> <li>• Serviço de Enfermagem; e</li> <li>• Almoço e lanche da tarde.</li> </ul> | R\$204,00 |
| 90.01.002-7                               | b) Pacote de Segunda a Sexta - Hospital Dia Parcial – (das 08:30 às 12:30 ou das 13:30 às 17:30): <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 Consulta Psiquiátrica;</li> <li>• 01 Consulta Clínica;</li> <li>• 01 Psicoterapia Individual;</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | R\$124,00 |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 05 Psicoterapia de Grupo;</li> <li>• 01 Psicoterapia de Família;</li> <li>• 01 Psicoterapia de Casal;</li> <li>• 06 Sessões de Terapia Ocupacional</li> <li>• 05 Sessões de Terapia Corporal;</li> <li>• 01 Sessões de Musicoterapia;</li> <li>• 01 Sessões de Arteterapia;</li> <li>• Serviço de Enfermagem; e</li> <li>• Almoço ou Lanche da tarde</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                          |           |
| 90.01.003-5 | <p>c) Pacote Mensal - Internação Psiquiátrica 24 horas (apartamento duplo):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 04 Consulta Psiquiátrica;</li> <li>• 04 Consulta Clínica;</li> <li>• 04 Psicoterapia Individual;</li> <li>• 16 Psicoterapia de Grupo;</li> <li>• 02 Psicoterapia de Família;</li> <li>• 02 Psicoterapia de Casal;</li> <li>• 16 Sessões de Terapia Ocupacional</li> <li>• 16 sessões Terapia Corporal;</li> <li>• 08 sessões de Arteterapia;</li> <li>• Serviço de Enfermagem 24 horas;</li> <li>• Medicação - Referencial: Revista_____; e</li> <li>• Materiais – Referencial: Revista_____.</li> </ul> | R\$320,00 |
| 90.01.004-3 | <p>d) Pacote de Atendimento de Emergência Psiquiátrica até 12 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Honorários Médicos;</li> <li>• Honorários Psicológicos;</li> <li>• Sala de Observação;</li> <li>• Serviço de Enfermagem;</li> <li>• Medicação e Material Injetável.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$230,00 |

| <b>OFTALMOLOGIA, todos os pacotes contemplam: honorários médicos, diárias, taxas, materiais e medicamentos, exceto anestesista que deverá ser cobrado quando necessário.</b> |                                                                                                        |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>CÓDIGO</b>                                                                                                                                                                | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                                       | <b>VALOR</b> |
| 90.01.015-9                                                                                                                                                                  | Delaminação Corneana com Fotoablação Estromal – Técnica Convencional Monocular LASIK                   | R\$1.082,00  |
| 90.01.017-5                                                                                                                                                                  | Implante de Anel Intra-Estromal (Anel de Ferrara)                                                      | R\$3.000,00  |
| 90.05.011-8                                                                                                                                                                  | Injeção Intra-vítrea com o uso de Lucentis por olho/aplicação Tomografia de Coerência Óptica           | R\$3.909,79  |
| 90.06.004-3                                                                                                                                                                  | Cirurgia PRK Personalizada Monocular                                                                   | R\$1.025,00  |
| 90.01.175-9                                                                                                                                                                  | Implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada (dexametasona 0,7 mg – OZURDEX) | R\$3.800,00  |
| 90.05.014-2                                                                                                                                                                  | Tomografia de Coerência Óptica Monocular                                                               | R\$139,00    |
| 90.05.013-4                                                                                                                                                                  | Tomografia de Coerência Óptica Binocular                                                               | R\$278,00    |

Elaborado por:

Revisado por:

**ANA LÚCIA NEVES**  
 Auxiliar Administrativo  
 Gerência Financeira e Administrativo

**NEIDE MARIA GOMES COHEN**  
 Encarregada/SEADE