Conab
Companhia Nacional de Abastecimento

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 deverão ser realizados observando-se os arts. 185 a 199 do Regulamento de Licitações e Contratos – RLC da CONAB.

ANEXO II – HONORÁRIOS MÉDICOS

1- Para os procedimentos previstos na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 5ª Edição 2009 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	**11,26**	8B	**553,71**
1B	**22,52**	8C	**587,49**
1C	**33,78**	9A	**624,34**
2A	**45,03**	9B	**682,67**
2B	**61,41**	9C	**752,27**
2C	**72,67**	10A	**807,54**
3A	**99,28**	10B	**875,09**
3B	**248,02**	10C	**971,30**
3C	**145,34**	11A	**1.027,59**
4A	**172,97**	11B	**1.126,87**
4B	**189,35**	11C	**1.236,39**

4C	**213,91**	12A	**1.281,42**
5A	**230,29**	12B	**1.377,63**
5B	**248,71**	12C	**1.687,75**
5C	**264,06**	13A	**1.857,65**
6A	**287,60**	13B	**2.037,79**
6B	**316,26**	13C	**2.253,75**
6C	**345,94**	14A	**2.511,67**
7A	**373,58**	14B	**2.732,75**
7B	**413,49**	14C	**3.014,21**
7C	**489,23**		
8A	**528,13**	**UCO**	**12,97**

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$ 91,27** e em **Pronto Socorro** o valor de **R$ 88,77;**

b) Consultas médicas **Ambulatoriais** para as **demais especialidades:** R$ 91,27;

c) Consultas médicas **Pronto Socorro** para as **demais especialidades**: R$ 88,77;

d) Consulta Médica **Ambulatorial** e em **Pronto Socorro** para a Especialidade de **Pediatria:** R$ 91,27;

e) **Parecer/visita do cirurgião pediatra** para paciente internado: **R$ 91,27;**

f) **Visita Médica (pacientes internados)** para as Especialidades de **Clínica Médica, Endocrinologia, Geriatria, Infectologia. Pneumologia, Psiquiatria e Reumatologia: R$ 91,27;**

g) **Visita Médica (pacientes internados)** para as **demais especialidades: R$ 91,27;**

h) **Unidade de Serviço – US:** R$ 0,38.

3- Os procedimentos de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e medicina laboratorial serão remunerados conforme tabela CBHPM 5ª Edição 2009, com os respectivos valores de Portes e UCO constantes na alínea 1.

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:

CÓDIGO TUSS (Tabela 22)	CONSULTAS	Valor
90011198	Sessão de Acupuntura	R$ 42,98
50000608	Avaliação Inicial de Fonoaudiologia	R$ 44,01
50000632	Sessão de Fonoaudiologia	R$ 44,01
50000691	Consulta com Nutricionista	R$ 30,70
50000349	Avaliação inicial de Psicologia	R$ 44,01
50000071	Sessão de Psicoterapia	R$ 44,01
50000101	Sessão de Terapia Ocupacional	R$ 30,70
50000470	Sessão de RPG	R$ 36,84
50000462	Sessão de Hidroterapia	R$ 35,82

CÓDIGO TUSS (Tabela 22)	FISIOTERAPIA	Valor
10101012	Avaliação Fisioterápica	R$ 35,82

20104074	Estimulação Elétrica Transcuntânea - **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.	R$ 90,06
20103093	Atendimento fisiátrico no pré e pós-operatório de pacientes para prevenção de sequelas	R$ 20,47
20103107	Atendimento fisiátrico no pré e pós-parto	R$ 20,47
20103115	Atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica específica	R$ 20,47
20103123	Atividades em escola de postura (máximo de 10 pessoas) - por sessão	R$ 30,70
20103182	Desvios posturais da coluna vertebral	R$ 20,47
20103204	Distrofia simpático-reflexa	R$ 30,00
20103212	Distúrbios circulatórios artério-venosos e linfáticos	R$ 20,47
20103301	Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo)	R$ 90,06
20103310	Lesão nervosa periférica afetando mais de um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras	R$ 30,70
20103328	Lesão nervosa periférica afetando um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras	R$ 30,70
20103336	Manipulação vertebral	R$ 55,26
20103344	Miopatias	R$ 30,70
20103476	Patologia neurológica com dependência de atividades da vida diária	R$ 30,70
20103484	Patologia osteomioarticular em um membro	R$ 30,70
20103492	Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros	R$ 40,94

20103506	Patologia osteomioarticular em um segmento da coluna	R$ 30,70
20103514	Patologia osteomioarticular em diferentes segmentos da coluna	R$ 40,94
20103522	Patologias osteomioarticulares com dependência de atividades da vida diária	R$ 30,70
20103530	Recuperação funcional pós-operatória ou por imobilização da patologia vertebral	R$ 30,70
20103565	Processos inflamatórios pélvicos	R$ 20,47
20103662	Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando um membro	R$ 20,47
20103670	Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando mais de um membro	R$ 20,47
20103689	Retardo do desenvolvimento psicomotor	R$ 20,47
20103697	Sequelas de traumatismos torácicos e abdominais	R$ 20,47
20103700	Sequelas em politraumatizados (em diferentes segmentos)	R$ 20,47
20104073	Crioterapia (grupo de até 5 lesões)	R$ 20,47
31601014	Acupuntura por sessão	R$ 65,50
31602185	Estimulação elétrica transcutânea (TENS)	R$ 90,06
50000438*	Fisioterapia Aquática por sessão (Hidroterapia)	R$ 35,82
50000446*	Reeducação Postural Global por sessão (RPG)	R$ 36,84

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

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

2- Serão considerados os seguintes valores:

TUSS	DESCRIÇÃO ATUAL	PREÇO
	TAXAS DE SALA	
60033681	TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, ATÉ 6 HORAS	R$ 98,58
60033690	TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, HORA SUBSEQUENTE	R$ 18,55

60023406	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE QUIMIOTERAPIA	R$ 119,05
60023325	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE HEMODINÂMICA	R$ 727,01
60023287	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R$ 79,96
	USO EQUIPAMENTOS / INSTRUMENTOS ESPECIAIS	
60024151	ALUGUEL TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PARA CIRURGIA, POR USO	R$ 301,68
60026243	TAXA DE BERÇO AQUECIDO, POR HORA	R$ 9,42
60024070	TAXA DE APARELHO / BOMBA DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA, POR USO	R$ 105,10
60030518	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE CARDIOTOCOGRAFIA, POR HORA	R$ 111,41
60026332	ALUGUEL / TAXA DE COLCHÃO DE AR, POR DIA	R$ 20,78
60026324	ALUGUEL / TAXA DE COLCHÃO DE ÁGUA, POR DIA	R$ 20,78
60024909	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO ELETROCRIOCAUTERIO, POR USO	R$ 87,70
60026405	ALUGUEL / TAXA DE DERMATOMO À GAS, POR USO	R$ 80,16
60026413	ALUGUEL / TAXA DE DERMATOMO ELÉTRICO, POR USO	R$ 40,09
60024348	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA SEM VIDEO, POR USO	R$ 68,03
60024364	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA HISTEROSCOPIA SEM VIDEO, POR USO	R$ 190,14
60024208	ALUGUEL / TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA BRONCOSCOPIA SEM VÍDEO, POR USO	R$ 64,83
60033851	TAXA DE USO DE APARELHO DE ENDOSCOPIA UROLÓGICA, POR HORA	R$ 64,83
60026375	TAXA DE APARELHO PARA FOTOTERAPIA, POR HORA	R$ 1,87
60026987	ALUGUEL / TAXA DE GARROTE PNEUMÁTICO, POR USO	R$ 15,60
60027045	TAXA DE HALO CRANEANO, POR DIA	R$ 31,27
60024380	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA LAPAROSCOPIA PARA CIRURGIA, POR USO	R$ 391,97
60033959	TAXA DO LASER CIRÚRGICO, POR USO	R$ 355,34
60027339	TAXA DE MARCA PASSO PROVISÓRIO / TEMPORARIO TRANSVENOSO	R$ 8,75
60027428	ALUGUEL / TAXA DE MICROSCÓPIO CIRÚRGICO, POR USO	R$ 102,84

60027401	ALUGUEL / TAXA DE MICRONEBULIZADOR, POR USO	R$ 21,50
60027614	TAXA DE QUADRO BALCÂNICO, POR DIA	R$ 15,38
60027959	ALUGUEL / TAXA DE SERRA DRILL ELÉTRICA, POR USO	R$ 26,11
60026790	ALUGUEL / TAXA DE ESTRIBO PARA TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, POR DIA	R$ 11,03
60028173	3- ALUGUEL / TAXA DO TREPANO / DRILL ELÉTRICO, POR USO	R$ 26,11
	4- GASES MEDICINAIS	
60005181	5- INALAÇÃO COM AR COMPRIMIDO, VAZÃO DE 1 LITRO/MIN, INSTALAÇÃO / NA UTI / SEMI-UTI (POR HORA)	R$ 12,64
60005190	6- INALAÇÃO COM AR COMPRIMIDO, VAZÃO DE 1 LITRO/MIN, INSTALAÇÃO / NO CENTRO CIRÚRGICO (POR HORA)	R$ 12,64
60028424	7- INALAÇÃO COM AR COMPRIMIDO (POR HORA)	R$ 12,64
60028394	8- GÁS CARBÔNICO (POR HORA)	R$ 14,48
60028521	9- NITROGÊNIO (POR HORA)	R$ 36,59
91090075	10- OXIGÊNIO – UTI NEONATAL (POR HORA)	R$ 8,38
91090083	11- OXIGÊNIO – UTI PEDIÁTRICA (POR HORA)	R$ 8,38
91090067	12- OXIGÊNIO – UTI ADULTO (POR HORA)	R$ 8,38
91090105	13- OXIGÊNIO SOB CATETER (UTI/APARTAMENTO) (POR HORA)	R$ 8,38
91090113	14- OXIGÊNIO PARA NEBULIZAÇÃO (POR HORA)	R$ 8,38
91090121	15- PROTÓXIDO DE AZOTO (POR HORA)	R$ 78,89
91090130	16- ÓXIDO NÍTRICO (POR HORA)	R$ 62,11
OUTROS CÓDIGOS ACEITOS PELA CONAB, OBEDECENDO-SE AO DISPOSTO NO PARÁGRAFO INICIAL DESTE ANEXO E DO ITEM 22 DO TERMO DE REFERÊNCIA;		

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- Das taxas de sala cirúrgicas

a) 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.
b) 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.
c) Demais taxas serão negociadas com a credenciada antes da realização do contrato.

ANEXO V – MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR

1- 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 de Fábrica – PF, estabelecido no Referencial BRASÍNDICE.

2- Demais Medicamentos Genéricos regidos pela Lei nº 9.787, de 10/02/1999, para Realização de Procedimentos Assistenciais:

a) Serão remunerados com base no Referencial BRASÍNDICE pelo PMC (Preço Máximo ao Consumidor). Em caso de não haver PMC será remunerado com base no Preço de Fábrica – PF, estabelecido no Referencial BRASÍNDICE. Destarte, inexistindo o Medicamento Genérico correspondente, será admitido o seu intercâmbio pelo Medicamento de Referência ou de Marca;
b) Havendo mais de um fabricante para um mesmo produto, será considerado o de menor preço, exceto nos casos em que seja informada, pelo hospital, a marca utilizada;
c) Para o caso de fornecedor exclusivo, é imprescindível a apresentação de Carta de Exclusividade emitida pelo fabricante do material requisitado.

ANEXO VI – DESCARTÁVEIS E OPME:

1- Consoante Ofício Circular nº 001/2012/PRESI/ANS, de 29/03/2012, a real utilização de **ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPME,** deverá ser verificada pela atividade de auditoria técnica, mediante a conferência/exigência dos lacres, embalagens, códigos de barra, notas fiscais, prontuários e/ou outros comprovantes que identifiquem que os produtos foram efetivamente utilizados nos procedimentos médicos, cujo pagamento pela CONTRATANTE estará condicionado a tais certificações;

2- **ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPME:** serão pagos conforme o valor de Nota Fiscal de compra do produto, desde que autorizados previamente pela CONTRATANTE, mediante a apresentação de três cotações de fornecedores distintos. Quando o fornecedor tiver exclusividade pelo material, o representante deverá apresentar a Carta de Exclusividade.

3- Para os procedimentos de urgência, a solicitação deverá ser realizada em até 72 horas úteis após o procedimento;

4- Será adotada a Revista SIMPRO Nacional (Hospitalar) vigente na data da realização do evento, sem taxa de comercialização para remuneração dos materiais descartáveis.

5- Fica definido que a cobrança dos materiais deverá obedecer ao disposto na codificação da Revista SIMPRO Hospitalar, visando a sua compatibilização com o produto a ser pago;

6- Para os procedimentos eletivos será necessária a autorização prévia que será realizada em até 72 horas úteis antes da realização do procedimento, seguindo as regras definidas acima;

7- Para os procedimentos de urgência, a solicitação será realizada em até 72 horas úteis após o procedimento seguindo as regras definidas acima.

ANEXO VII – FILME RADIOLÓGICO

1- O Filme Radiológico será remunerado mediante atualização anual, considerando como fato gerador a data de definição do valor que orientou a elaboração do Edital de Chamamento Público, de acordo com o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem – CBR, cujo o valor, no momento, é de R$ 30,03.

OBS: Conforme Termo de Referência:

- A Indicação da tabela CBHPM, 5ª edição 2009, contida no Termo de Referência, alínea K, 1, XXII- DA REMUNERAÇÃO E DO PAGAMENTO DOS SERVIÇOS, bem como neste anexo V, não exclui a possibilidade de negociação de valores ou condições mais vantajosas para a Administração Pública;
- Poderá ser adotada tabela CBHPM com edições distintas da solicitada no ANEXO V, ou tabelas diferenciadas, sendo avaliado cada caso, conforme o critério de conveniência e oportunidade da Administração Pública e parâmetros de mercado;
- Para o item acima, os preços adotados serão decorrentes do processo negocial havido entre as partes, respeitadas as disposições legais e em vigor, sendo admitida a livre negociação.

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$ 0,38.

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**[1], 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.

---

1 Com o advento do Padrão TISS 3.02, segundo RN/ANS nº305/2012, 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).

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.

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, 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	QTD E. 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 DA ATM	300
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAFIA)	132
81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE WING	32
81000367	RADIOGRAFIA DA 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.

9- A Aplicação de Cariostático é destinada, exclusivamente, para criança com idade inferior a 04 (quatro) anos.

10- Excepcionalmente, desde que justificadas, poderão ser autorizadas até duas sessões por beneficiário, com vistas à realização de Orientação de Higiene Bucal.

11- Estão isentos de perícias, os Procedimentos Odontopediátricos **que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor**.

12- **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
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
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	192
85400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	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
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
85400513	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - INLAY/ONLAY	1500
85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY/ONLAY	1200
80400040	CASQUETE PARA MOLDAGEM	112
80400042	FACETA LAMINA DE PORCELANA	1288
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

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	QTDE. USO
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 FLEGMÃO 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 Hemiarcadas, 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, **cuja cobrança será recusada**.

14- Estão isentos de perícias, os Procedimentos Periodônticos **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	CONSERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	140
85400033	CONSERTO 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 Confecção 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 Confecção 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.

ORTODONTIA

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:

1- 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.

2- Os pedidos de Manutenção Mensal para Aparatologia, tanto Fixa quanto Móvel, deverão conter o mês a que se destinam.

3- 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.

4- 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.

5- 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.

6- 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	DESCRIÇÃO TUSS	QTDE. USO

TUSS			
80300014	URGÊNCIA 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
80400025	PRÓTESE FIXA ADESIVA METALO-CERÂMICA (PONTE DE 3)	(CÓDIGO PRÓPRIO)	2222
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	(CÓDIGO PRÓPRIO)	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 (ORTOPANTOMOGRAFIA)		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 FLÚOR	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	CONSERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	320
85400050	CONSERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	140
85400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	168
85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	148
85400092	COROA TOTAL ACRÍLICA 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	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	92
85400220	NÚCLEO 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