

MAIO 2009

REFERENCIAL DE VALORES ODONTOLÓGICOS



Gerência de Promoção da Qualidade de
Vida

Centrais Elétricas do Norte do Brasil S/A -
ELETRONORTE

01/05/2009

SUMÁRIO

Normas para execução dos procedimentos odontológicos	3
REFERENCIAL DE VALORES ODONTOLÓGICOS	5
URGÊNCIA E AVALIAÇÃO TÉCNICA	5
CIRURGIA	6
DENTÍSTICA	8
ENDODONTIA	9
ODONTOPEDIATRIA	11
ORTODONTIA	13
PERIODONTIA	16
PRÓTESE	18
RADIOLOGIA	20
IMPLANTE / CIRURGIA	22
IMPLANTE / PRÓTESE	25
FISIOTERAPIA BUCO-MAXILO-FACIAL	27
CIRURGIA ORTOGNÁTICA	28
ODONTOLOGIA DO SONO	30

NORMAS PARA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

1. Todo tratamento odontológico somente deve ser iniciado após a auditoria inicial, e o registro na Eletronorte, com exceção dos atendimentos de emergência;
2. A auditoria inicial do tratamento odontológico na Eletronorte (Sede), é obrigatória independente de valores;
3. A auditoria final quando solicitada, deve ser realizada num prazo de até 05 (cinco) dias úteis após o término do tratamento;
4. Depois de realizada a auditoria final, a Guia de Tratamento Odontológico – GTO - deve ser devolvida pelo paciente ao profissional credenciado que executou o tratamento;
5. Ouro ou outro metal precioso, não têm cobertura no Plano de Proteção e Recuperação da Saúde - PPRS - da Eletronorte. Quando necessário, deverá ser informado em campo específico da GTO para avaliação e parecer da auditoria odontológica;
6. Para todos os procedimentos odontológicos devem ser informados os dentes, faces, arcadas ou segmentos envolvidos, seguindo o Padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar) - ANS;
7. Para a realização das auditorias inicial / final nos tratamentos odontológicos, a GTO deve estar corretamente preenchida e os procedimentos devem ser informados da seguinte forma:

DENTES PERMANENTES / SEGMENTOS

<p>SEGMENTO SUPERIOR DIREITO</p> <p>S1</p> <p>18 17 16 15 14</p>	<p>SEGMENTO INTERMEDIÁRIO SUPERIOR</p> <p>S2</p> <p>13 12 11 21 22 23</p>	<p>SEGMENTO SUPERIOR ESQUERDO</p> <p>S3</p> <p>24 25 26 27 28</p>
<p>48 47 46 45 44</p> <p>SEGMENTO INFERIOR DIREITO</p> <p>S6</p>	<p>43 42 41 31 32 33</p> <p>SEGMENTO INTERMEDIÁRIO INFERIOR</p> <p>S5</p>	<p>34 35 36 37 38</p> <p>SEGMENTO INFERIORESQUERDO</p> <p>S4</p>

DENTES DECÍDUOS

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

1. As radiografias enviadas para as auditorias inicial / final devem estar **nítidas**, e acompanhadas das seguintes informações:
 - a. Nome do paciente;
 - b. Data;
 - c. Nome do profissional;
 - d. Identificação da região radiografada.
2. Em todo pedido radiológico solicitado pelos cirurgiões-dentistas, deve constar a assinatura e carimbo do profissional solicitante e a data do pedido – Usar Guia Odontológica Padrão TISS;
3. A solicitação de TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA deve ser avaliada e autorizada pela auditoria odontológica da Eletronorte, antes de sua realização. Deve estar acompanhada das radiografias anteriores;
4. Em hipótese alguma o profissional credenciado / conveniado da Eletronorte poderá cobrar / receber pagamento total ou parcial dos beneficiários pelos serviços executados;
5. Em caso de comprovação de cobrança por parte do profissional, o mesmo será automaticamente descredenciado;
6. A Eletronorte se reserva no direito de solicitar mais de um parecer de profissionais especialistas na área de ORTODONTIA, CIRURGIA, PRÓTESE, IMPLANTE ou CIRURGIA ORTOGNÁTICA quando procedimentos mais complexos envolverem os tratamentos propostos.

REFERENCIAL DE VALORES ODONTOLÓGICOS

Código do Serviço	URGÊNCIA E AVALIAÇÃO TÉCNICA	Valor
67010040	Consulta de urgência – noturna, sábado, domingo e feriado.	58,37
67010059	Avaliação técnica - auditoria inicial	39,03
67010067	Avaliação técnica - auditoria final	39,03

OBSERVAÇÕES

1. Para cada especialidade existe um código específico da consulta inicial;
2. A consulta de urgência é considerada quando realizada em horários especiais: noturno, sábado, domingo e feriado;
3. Na SEDE, a avaliação clínica inicial é realizada quando solicitada pela auditoria odontológica;
4. Nas REGIONAIS, a avaliação clínica inicial é realizada quando o valor do tratamento for superior a R\$ 300,00, (trezentos reais)
5. A auditoria final deve ser realizada até 05 (cinco) dias úteis após a conclusão do tratamento odontológico.
6. Radiografias finais devem ser apresentadas sempre que solicitadas pela auditoria odontológica.
7. A Guia de Tratamento Odontológico-GTO/ Padrão TISS deve ser preenchida em 2 (duas) vias. A 1ª via deve ser entregue ao paciente para análise da auditoria odontológica. A 2ª via deve permanecer com o dentista e só deve ser encaminhada à Eletronorte em caso de abandono do tratamento por parte do paciente ou, se após a auditoria final, o paciente não devolver a 1ª via ao profissional;
8. Para melhor compreensão dos procedimentos o profissional poderá consultar a descrição e o detalhamento dos mesmos no **ROL DE PROCEDIMENTOS DA ANS** (ver site da Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Código do Serviço	CIRURGIA	Valor
68010002	Consulta inicial	39,03
68010010	Apicetomia unirradicular (por dente)	174,40
68010028	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada (por dente)	190,74
68010036	Apicetomia birradicular (por dente)	224,81
68010044	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada (por dente)	243,88
68010052	Apicetomia trirradicular (por dente)	254,63
68010060	Apicetomia trirradicular com obturação retrógrada (por dente)	290,06
68010079	Biópsia - por segmento	64,72
68010087	Cirurgia de lesão cística – enucleação / marsupialização	163,50
68010117	Cirurgia de osteoma / odontoma	204,37
68010125	Cirurgia de tórus mandibular unilateral	119,57
68010133	Cirurgia de tórus mandibular bilateral	199,28
68010134	Correção de tórus palatino	122,62
68010150	Correção de bridas musculares – por segmento	119,90
68010168	Correção de tuberosidade superior direita	166,07
68010214	Correção com excisão de mucocele	132,85
68010215	Correção da tuberosidade superior esquerda	166,07
68010222	Excisão de papilomas ou lesões pediculadas	166,07
68010234	Curetagem apical (por elemento)	127,32
68010249	Excisão de tumor glandular salivar	525,87
68010257	Exodontia de dente permanente	68,58
68010265	Exodontia a retalho de dente semi-incluso	82,83
68010273	Exodontia de raiz residual	65,40
68010290	Alveoloplastia - por segmento	27,25
68010303	Remoção de dente incluso ou impactado	201,49
68010304	Remoção de dente extranumerário (incluso)	201,49
68010389	Frenectomia labial superior	122,62
68010392	Frenectomia labial inferior	122,62
68010395	Frenectomia lingual	122,62
68010397	Drenagem e incisão de abscesso	65,40
68010400	Laço de dente incluso para ortodontia	204,37
68010729	Reimplante de dente	81,75
68010761	Retirada de cálculo salivar – exige laudo	209,00
68010788	Sulcoplastia por segmento	122,62
68010850	Ulotomia / ulectomia	61,31
68010860	Remoção de tumor na mandíbula	600,00
68010890	Cirurgia de tumor intra-ósseo	600,00
68010900	Infiltração com agente químico (esclerose venosa) sessão	88,57
68010902	Exame histopatológico ou anátomo patológico	71,00
68010903	Exame citopatológico oncológico de líquidos e raspados de lesões bucais	71,00

OBSERVAÇÕES SOBRE CIRURGIA

1. A consulta inicial consiste na anamnese, exame clínico, solicitação de exames complementares, diagnóstico e preenchimento da Guia – GTO;
2. Todo procedimento cirúrgico deve estar acompanhado de radiografia inicial e final para as devidas avaliações técnicas;
3. Para a liberação de laço de dente incluso e exodontia previstas para o tratamento ortodôntico, o pedido do ortodontista deve sempre constar no campo 47 da GTO;
4. Todo procedimento cirúrgico (exodontia de dente permanente, remoção de dente incluso e cirurgias maiores), deve ser acompanhado do **livre consentimento** que é um documento onde o paciente ou responsável é informando dos riscos e benefícios da cirurgia. Este documento deve ser datado e assinado pelo paciente / responsável;
5. O Cirurgião-Dentista deve orientar e fornecer por escrito e bem legível, as recomendações pré e pós-operatórias, quando da realização da cirurgia;
6. A Eletronorte se reserva no direito de solicitar mais de um parecer de profissionais especialistas na área de CIRURGIA, quando envolverem procedimentos mais complexos;
7. Os procedimentos em Patologia e Biopsia Odontológica só podem ser realizados por especialistas da área. O exame Histopatológico consiste em exame feito de tecidos obtidos por biópsia incisional ou excisional com o objetivo de definição da patologia: neoplásica, inflamatória, infecciosa, etc. (ANS).
8. Cirurgia Ortognática está detalhada nos procedimentos do código 80, na página 27;

Código do Serviço	DENTÍSTICA	Valor
69010002	Consulta inicial	39,03
69010013	Restauração de amálgama 1 face	32,70
69010021	Restauração de amálgama 2 faces	38,15
69010030	Restauração de amálgama 3 faces	45,78
69010048	Restauração de amálgama 4 faces ou mais	58,59
69010056	Faceta em resina – só dentes anteriores	88,57
69010099	Núcleo de preenchimento (ionômero/resina/amalgama)	31,34
69020043	Restauração de resina fotopolimerizável 1 face	44,28
69020051	Restauração de resina fotopolimerizável 3 faces ou mais ou reconstrução de ângulo	88,57
69040010	Restauração de ionômero de vidro (por dente)	31,34
69040028	Restauração resina fotopolimerizável 2 faces	66,43
69040036	Pinos de retenção	8,90
71010130	Aplicação tópica de flúor – boca total	36,53
71010149	Tratamento preventivo – profilaxia - por segmento	10,19

OBSERVAÇÕES SOBRE DENTÍSTICA

1. A consulta inicial consiste na anamnese, exame clínico, solicitação de exames complementares, diagnóstico e preenchimento da Guia – GTO – Padrão TISS;
2. Para todo o tipo de restauração, as faces envolvidas devem estar marcadas no odontograma e especificadas campo 33 da GTO – Padrão TISS ;
3. Considerar as faces utilizando as letras:
 - M** = (mesial)
 - D** = (distal)
 - P** = (palatina)
 - V** = (vestibular)
 - I** = (lingual)
 - O** = (oclusal)
 No caso de Ângulos (classe IV) para dentes anteriores,
 se o dente for **superior** adotar as letras **MPI** ou **DPI**.
 se o dente for **inferior** adotar as letras **MLI** ou **DLI** .
4. Em toda restauração, já está incluído o forramento necessário, como também o polimento final;
5. Núcleo de preenchimento consiste na reconstrução de dentes seriamente comprometidos pelo processo de cárie. É utilizado antes da confecção de uma restauração definitiva, não envolvendo a câmara pulpar. (Rol de procedimentos ANS). Só deve ser cobrado em **casos específicos** e não em todas as restaurações de resina, como se fossem um item obrigatório do forramento.
6. Na dentística toda a restauração, independente do material utilizado, possui carência de dois anos.

Código do Serviço	ENDODONTIA	Valor
70010002	Consulta inicial	39,03
70010013	Capeamento direto / tratamento expectante	29,43
70010021	Clareamento ou recromia –por elemento	93,20
70010048	Preparo para núcleo	48,71
70010056	Retratamento endodôntico – 1 canal (incisivos e caninos)	219,08
70010064	Retratamento endodôntico – 2 canais (pré molares)	254,63
70010072	Retratamento endodôntico – 3 canais ou mais (molares)	498,20
70010080	Remoção de núcleo intrarradicular – por elemento	81,75
70010099	Tratamento endodôntico – 1 canal	185,30
70010102	Tratamento endodôntico – 2 canais	221,42
70010110	Tratamento endodôntico – 3 canais ou mais	332,13
70010129	Tratamento de perfuração	60,24
70010137	Pulpotomia	54,50
70010145	Urgência endodôntica	47,43
70010150	Restauração temporária com ionômero de vidro – por elemento dentário	31,00
70010160	Remoção de bloco ou coroa, por elemento dentário	34,07
70010170	Reembasamento de provisório – por elemento dentário	27,68
70010180	Curativo de demora	60,24
70010190	Remoção de corpo estranho, intracanal - por conduto dentário	88,57

OBSERVAÇÕES SOBRE ENDODONTIA

1. A consulta inicial consiste na anamnese, exame clínico, solicitação de exames complementares, diagnóstico e preenchimento da Guia – GTO – Padrão TISS ;
2. O tratamento endodôntico, bem como o retratamento, possui carência de 03 (três) anos;
3. Radiografias utilizadas durante o tratamento / retratamento endodôntico já estão incluídas no procedimento e não podem ser cobradas separadamente;
4. Pode ser cobrada separadamente a radiografia usada para a definição do diagnóstico, quando realizada no consultório do endodontista, como também para a comprovação do preparo para núcleo;
5. A radiografia inicial deve sempre ser apresentada para a realização da auditoria inicial, bem como as duas (inicial e final) na auditoria final;
6. Capeamento direto só pode ser cobrado quando houver exposição pulpar, e se for usado como curativo de demora para definir a necessidade ou não do tratamento endodôntico (indicado para crianças e adolescentes);
7. Clareamento só é liberado para dentes anteriores, incluindo os primeiros pré-molares superiores e que já receberam tratamento endodôntico ou que apresentam calcificação intracanal.

8. O curativo de demora só é considerado em casos específicos, (p.ex. abscessos) com justificativa no verso da GTO.
9. Na remoção de corpo estranho intracanal, são considerados os cones de prata e instrumentos endodônticos fraturados.

Código Do Serviço	ODONTOPEDIATRIA	Valor
71010002	Consulta inicial	39,03
71010017	Aplicação de selante – por elemento	34,07
71010033	Condicionamento odontopediátrico – valor total	40,87
71010041	Coroa de aço	81,75
71010050	Exodontia de dente decíduo	39,62
71010076	Orientação de higiene bucal – técnica de escovação	26,15
71010106	Tratamento endodôntico de dente decíduo – por dente	89,31
71010114	Remineralização (fluorterapia) – valor total das 4 sessões	74,55
71010122	Aplicação de cariostático – boca total	27,25
71010130	Aplicação tópica de flúor – boca total	36,53
71010149	Tratamento preventivo – profilaxia - por segmento	10,19
70010137	Pulpotomia	54,50
69010013	Restauração de amálgama 1 face	32,70
69010021	Restauração de amálgama 2 faces	38,15
69010030	Restauração de amálgama 3 faces	45,78
69010048	Restauração de amálgama 4 faces ou mais ou restauração de ângulo	58,59
69010056	Faceta em resina – só dentes anteriores	88,57
69010099	Núcleo de preenchimento (ionômero/resina/amalgama)	31,34
69020043	Restauração de resina fotopolimerizável 1 face	44,28
69020051	Restauração de resina fotopolimerizável 3 faces ou mais ou reconstrução de ângulo	88,57
69040010	Restauração de ionômero de vidro (por elemento)	31,34
69040028	Restauração resina fotopolimerizável 2 faces	66,43
69040036	Pinos de retenção	8,90
72010100	Mantenedor de espaço fixo bilateral	137,07
72010110	Mantenedor de espaço fixo unilateral	111,20
72010150	Grade palatina removível	148,26
72010169	Plano inclinado – arcada superior	130,79
72010190	Plano inclinado – arcada inferior	130,79
72020170	Placa de Hawley com torno expansor	168,28

OBSERVAÇÕES SOBRE ODONTOPEDIATRIA

1. A consulta inicial consiste na anamnese, exame clínico, solicitação de exames complementares, diagnóstico e preenchimento da Guia – GTO – Padrão TISS;
2. Restaurações em amálgama, resina ou outros serviços seguem o mesmo código e observações da dentística;
3. A aplicação de flúor é considerada boca total, isto é nos dois arcos e não está incluída a profilaxia.
O intervalo entre uma aplicação e outra é de 06 (seis) meses;
4. A aplicação de selante é por dente e só é autorizado para paciente com idade inferior a 14 (quatorze) anos e somente em molares e pré-molares, independente da técnica utilizada;
O período de carência do selante é de 1 (um) ano;

5. O condicionamento, que é a adaptação da criança ao consultório, é considerado o valor total das sessões. Liberado somente com justificativa, e uma única vez por paciente;
6. Fluorterapia ou remineralização deve ser justificada no campo 47 da GTO. Só é liberada em casos de manchas generalizadas.
Este procedimento não pode ser usado junto com a aplicação tópica de flúor (cód. 71010130), nem com a dessensibilização (cód. 73010081);
7. Aplicação de cariostático é permitida somente para crianças com idade inferior a 04 (quatro) anos;
8. A orientação de higiene bucal (cód. 71010076) é paga uma única vez para o usuário do plano da Eletronorte.
9. Ao odontopediatra é liberada a execução dos seguintes aparelhos, conforme CFO – 3344/91:
 - Placas para correção de sobremordidas;
 - Placas auxiliares para redução de maus hábitos de formação, deglutição e postura atípica de língua e outros maus hábitos que podem determinar a instalação de maloclusão;
 - Placas para manter ou recuperar espaços;
 - Placas com molas digitais para correção de mordida cruzada;
 - Plano inclinado

Código do Serviço	ORTODONTIA	Valor
72010002	Consulta inicial	39,03
72010010	Aparelho ortodôntico fixo total – arcada superior	572,24
72010029	Aparelho fixo parcial - arcada superior	245,24
72010035	Aparelho fixo parcial - arcada inferior	245,24
72010036	Complementação do aparelho parcial – arcada superior	300,00
72010037	Complementação do aparelho parcial – arcada inferior	300,00
72010050	Aparelho ortodôntico fixo total - arcada inferior	572,24
72010070	Arco lingual de Nance fixo inferior	242,45
72010088	Placa labial ativa – PLA - ou Bumper removível inferior	203,71
72010096	Aparelho extrabucal - AEB	265,70
72010100	Mantenedor de espaço fixo bilateral	137,07
72010110	Mantenedor de espaço fixo unilateral	111,20
72010126	Botão de Nance - fixo superior	242,45
72010134	Mentoneira colocado no mento	122,62
72010142	Disjuntor palatino fixo tipo: Haas, Hyrax ou McNamara fixo superior com parafuso expansor	276,78
72010150	Grade palatina removível arcada superior	148,26
72010169	Plano inclinado arcada superior	130,79
72010177	Quadri-hélice ou arco em W fixo arcada superior	250,69
72010185	Grade palatina fixa - arcada superior	245,24
72010190	Plano inclinado arcada inferior	130,79
72010231	Manutenção de aparelho ortodôntico-mensal	90,72
72020024	Bionator de Balters – para classe II e classe III - removível, único, atua em ambas as arcadas	313,31
72020032	Modelo de Estudo para ortodontia (jogo articulado AS/AI)	50,73
72020058	Aparelho de contenção superior similar 3x3 ou 4x4 similar	221,42
72020059	Aparelho de contenção 3X3 ou 4X4 - arcada inferior	221,42
72020062	Aparelho de contenção – placa de Hawley -arcada superior	221,42
72020075	Aparelho de contenção – placa de Hawley - arcada inferior	221,42
72020085	Frankel - removível, único, atua em ambas as arcadas	313,31
72020090	Bimler -removível, único, atua em ambas as arcadas	313,31
72020100	Pendulum ou pendex de Higers com mola TMA -fixo arcada superior	299,75
72020110	Jones Jig – distalizador de molar - fixo arcada superior	272,49
72020120	Herbst fixo, único, atua em ambas as arcadas	322,91
72020130	Planas arcada superior	313,31
72020131	Planas arcada inferior	313,31
72020140	Aparelho removível com alça de Escher	313,31
72020150	Aparelho de Thurow - arcada superior	284,52
72020160	Placa de Hawley para levantamento de mordida - arcada superior	145,45
72020170	Placa de Hawley com torno expansor - arcada superior	168,28
72020171	Placa de Hawley com torno expansor - arcada inferior	168,28
72020180	Máscara Facial / Sky Hock /Tração Reversa da Maxila aparelho removível colocado do lado de fora da boca	224,74
72020190	Barra transpalatina fixa ou removível - arcada superior	300,02
72030010	Aparelho de disfunção têmporo-mandibular (DTM) - arcada superior	381,50
72030020	Front Plateau	100,00
72030050	Manutenção de DTM – máximo oito (08) - part. 40%	47,61
72040030	Guia Cirúrgico Ortodôntico – exige laudo (part. 40%)	100,00

OBSERVAÇÕES SOBRE ORTODONTIA E DTM

1. A consulta inicial consiste na anamnese, exame clínico, solicitação de exames complementares, plano de tratamento, diagnóstico e preenchimento da Guia GTO – Padrão TISS ;
2. A colocação de aparelho fixo total somente é permitida após a erupção de todos os dentes permanentes (maturidade oclusal), ou seja, por volta dos 12 (doze) anos de idade (completa erupção dos segundos molares);
3. Conforme acordo coletivo, os aparelhos ortodônticos estão liberados para os empregados e dependentes com direito ao PPRS.
Não estão contemplados neste acordo, os genitores dos empregados.
4. Para todo o aparelho ortodôntico e ortopédico é exigido o laudo ortodôntico preenchido pelo profissional onde devem constar além do nome e idade do paciente, os seguintes dados:
 - Diagnóstico morfofuncional do paciente;
 - Nome do aparelho a ser utilizado;
 - Código correspondente na tabela de ortodontia;
 - Arcada onde será colocado o aparelho;
 - Duração estimada do tratamento;
 - Prognóstico,
 - Além do **CONSENTIMENTO INFORMADO** ou **LIVRE CONSENTIMENTO** com todas as explicações sobre os benefícios e os riscos do tratamento ortodôntico, datado e assinado pelo paciente ou responsável.
5. Todo o tratamento ortodôntico assim como as manutenções mensais, só pode ser executado por Cirurgiões-Dentistas especialistas em ortodontia;
6. Cada aparelho é liberado uma única vez para o beneficiário. Todo aparelho danificado, quebrado ou perdido, sua reposição é de inteira responsabilidade do empregado junto ao profissional;
7. O plano odontológico da empresa – PPRS reembolsa até 24 (vinte e quatro) manutenções para cada paciente, incluindo a fase de contenção;
8. Quando o tratamento ortodôntico for interrompido por opção do paciente, ele perde o direito a um novo tratamento ortodôntico, independente do tempo decorrido.
9. A auditoria odontológica ou a área de benefícios da Eletronorte deve ser comunicada toda vez que o paciente deixou de comparecer às consultas de manutenção;
10. Ao odontopediatra é liberada a execução dos seguintes aparelhos, conforme CFO – 3344/91:
 - Placas para correção de sobremordidas;
 - Placas auxiliares para redução de maus hábitos de formação, deglutição e postura atípica de língua e outros maus hábitos que possam determinar a instalação de maloclusão;
 - Placas para manter ou recuperar espaços;
 - Placas com molas digitais para correção de mordida cruzada;
 - Plano inclinado
11. No caso de transferência do empregado para outra regional ou sede, o ortodontista que está acompanhando o caso deve:
 - emitir um laudo explicativo do tratamento que já foi realizado;

- entregar ao paciente toda a documentação ortodôntica, de maneira a facilitar o empregado a encontrar outro profissional que dê continuidade ao tratamento;
12. A Eletronorte reembolsa aparelhos ortodônticos para beneficiários maiores de 21 anos, porém a participação do empregado é de 40% incluindo a consulta, documentação ortodôntica para diagnóstico, radiografias e manutenções.
 13. A Eletronorte se reserva no direito de solicitar mais de um parecer de profissionais especialistas na área de ORTODONTIA, quando procedimentos propostos exigir tratamentos mais complexos.
 14. Front Plateau – para uso exclusivo do especialista em DTM.
Só em casos de dor aguda.
Necessita laudo justificativo no campo 47 da GTO – Padrão TISS.

Código do Serviço	PERIODONTIA	Valor
73010002	Consulta inicial	39,03
73010014	Cunha proximal / distal (por elemento)	58,22
73010025	Aumento de coroa clínica	104,33
73010030	Gengivectomia – por segmento	129,43
73010049	Cirurgia retalho – por segmento	129,43
73010057	Controle de placa bacteriana (quantidade uma)	51,78
73010065	Enxerto pediculado / livre – por segmento	122,30
73010073	Imobilização dentária por dente – máximo de 4 dentes	27,25
73010081	Dessensibilização dentária – por segmento Não incluir o flúor – código 71010130	13,81
73010103	Odonto-secção / amputação radicular	143,92
73010146	Tratamento da gengivite – por segmento – Para bolsas de 3mm Incluído o tratamento preventivo profilaxia – por segmento- cód. 71010149	21,03
73010120	Tratamento não cirúrgico da periodontite leve ou moderada. Para bolsas maiores de 3 até 6 mm – por segmento Incluído o tratamento preventivo - profilaxia – por segmento- cód. 71010149	40,87
73010162	Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada. Para bolsas acima de 6mm– por segmento Incluído o tratamento preventivo - profilaxia – por segmento- cód. 71010149	49,04
73010154	Desgaste seletivo – boca total	38,44
73010168	Tratamento de processo agudo (por elemento)	81,75
73010172	Enxerto conjuntivo sub-epitelial (por elemento)	189,04
73010185	Tratamento regenerativo com uso de barreira ou enxerto ósseo autógeno (já incluída a área doadora) ou materiais enxertantes, incluído biomateriais – por segmento.	393,02
71010149	Tratamento preventivo – profilaxia – por segmento	10,19
71010130	Aplicação tópica de flúor – boca total	36,53
73010090	Placa de mordida (miorrelaxante) requer laudo	176,03
73010190	Orientação de higiene bucal (só para periodontia)	39,03
73010192	Restauração temporária	31,34

OBSERVAÇÕES SOBRE PERIODONTIA

1. A consulta inicial consiste na anamnese, exame clínico, sondagem milimetrada, avaliação radiográfica, se necessário solicitação de exames complementares, diagnóstico e preenchimento da Guia – GTO – Padrão TISS;
2. Não é permitida a cobrança de consulta quando o paciente retornar para a avaliação do tratamento cirúrgico;
3. Para o tratamento periodontal, é necessário o preenchimento do **laudo periodontal ou periograma**, com a medição das bolsas;
4. Na intervenção cirúrgica periodontal já está incluída a troca de cimento cirúrgico e eventual curativo pós-cirúrgico;
5. Durante o tratamento, para o mesmo segmento, não é permitido cobrar tratamento cirúrgico com o não cirúrgico ou com o tratamento da gengivite;
6. Os procedimentos de cirurgia periodontal, tratamento não cirúrgico da periodontite e enxertos, só são liberados para especialistas em periodontia;
7. Para a confecção de placa miorelaxante e/ou imobilização dentária é exigido o laudo especializado que deve ser emitido na própria GTO, no campo 47. A Empresa não reembolsa ajustes oclusais para estes procedimentos;
8. A orientação de higiene bucal (cód. 73010190) é específica para tratamento com periodontista, onde o paciente deve receber a **orientação**, ser **motivado** e **monitorado** na sua higiene bucal, daí **não ser possível realizar todo o tratamento em uma única sessão**;

Recomendamos para melhor qualidade do procedimento que o tratamento da gengivite seja realizado no mínimo em 2 sessões, da periodontia **LEVE ou MODERADA** seja realizado em, no mínimo **3 sessões** e do tratamento da periodontia **AVANÇADA** seja realizado em, no mínimo **4 sessões**.

9. Pacientes com periodontia AVANÇADA devem ser avaliados após um mês para verificação do resultado dos procedimentos.
Na GTO deve constar uma consulta e o laudo da situação atual da doença periodontal.
Esta guia deve passar pela auditoria odontológica;

Código do Serviço	PRÓTESE	Valor
74010002	Consulta inicial	39,03
74010018	Ajuste oclusal (valor total)	51,02
74010026	Conserto em prótese - troca de face	47,68
74010042	Coroa metalo-cerâmica ou metal free	487,12
74010050	Coroa de jaqueta em cerâmica pura ou porcelana	490,49
74010069	Coroa de jaqueta acrílica	170,31
74010077	Coroa provisória	57,23
74010085	Coroa 3/4 ou 4/5	177,12
74010093	Coroa total metálica	190,74
74010107	Coroa venner	286,12
74010115	Prótese fixa em metalo-plástica - por elemento	381,50
74010123	Prótese fixa em metalo-cerâmica - por elemento	490,89
74010131	Encaixe (fêmea) - por elemento	309,99
74010140	Modelo de estudo (jogo articulado – AS e AI)	50,73
74010158	Núcleo metálico fundido ou núcleo estético	154,99
74010159	Núcleo pré-fabricado	79,71
74010166	Prótese parcial removível provisória – arcada superior	300,00
74010168	Prótese parcial removível provisória - arcada inferior	300,00
74010174	Prótese parcial removível – PPR - arcada superior	681,24
74010178	Prótese parcial removível – PPR - arcada inferior	681,24
74010182	Prótese parcial removível com encaixe – arcada superior	803,87
74010189	Prótese parcial removível com encaixe – arcada inferior	803,87
74010190	Prótese total permanente superior	940,11
74010204	Prótese total permanente inferior	940,11
74010212	Prótese total imediata – arcada superior	476,87
74010218	Prótese total imediata – arcada inferior	476,87
74010220	Prótese fixa adesiva metalo-cerâmica	681,24
74010239	Prótese fixa adesiva metalo-plástica	544,99
74010247	Reembasamento de prótese total – arcada superior	122,62
74010249	Reembasamento de prótese total – arcada inferior	122,62
74010252	Reembasamento de prótese parcial – arcada superior	122,62
74010257	Reembasamento de prótese parcial – arcada inferior	122,62
74010255	Remoção de ponte fixa - considerar os elementos pilares	34,07
74010263	Recolocação de blocos ou coroas	34,07
74010271	Remoção de blocos e coroas	34,07
74010280	Restauração metálica fundida	174,40
74010298	Restauração inlay de porcelana	408,74
74010301	Coroa provisória prensada	130,00
74010310	Reembasamento e reparo de coroa provisória	34,07
74010328	Faceta laminada de porcelana	395,11
74010336	Casquete para moldagem	34,46
74010344	Ponto de solda	88,57
74010352	Placa de mordida miorelaxante	176,03

OBSERVAÇÕES SOBRE PRÓTESE

1. A consulta inicial consiste na anamnese, exame clínico, solicitação de exames complementares, diagnóstico e preenchimento da Guia – GTO – Padrão TISS;
2. Todo o procedimento de prótese deve obedecer à carência de 03 (três) anos;
3. Na confecção do núcleo metálico, estético ou pré-fabricado é necessário apresentar a comprovação radiográfica, antes e após a sua colocação;
4. Em caso de núcleo estético é necessário laudo específico no campo 47 da GTO-padrão TISS, relatando o material utilizado, uma vez que em alguns casos não é possível a comprovação radiológica;
5. O ajuste oclusal assim como o modelo de estudo, é restrito a casos de reabilitação oral maior, como próteses fixas, próteses removíveis ou na confecção de 04 (quatro) ou mais blocos ou coroas no mesmo arco.
6. Só é permitido cobrar 01 (uma) coroa provisória para cada elemento dentário;
7. A coroa provisória prensada só é autorizada quando na confecção de prótese fixa ou quando envolvem mais de 03 (três) preparos de dentes no mesmo arco;
8. Coroa provisória prensada necessita de avaliação técnica final, portando a GTO deve ser desmembrada em tratamento provisório e definitivo;
9. Não é liberado nenhum tipo de coroa provisória para a confecção de restauração metálica fundida - RMF;
10. Não é liberado ajuste oclusal para a placa miorelaxante
11. A recolocação de blocos e coroas somente deve ser cobrada em atendimento de emergência
12. No código referente à prótese fixa adesiva, tanto em metalo-cerâmica como em metalo-plástica, deve ser considerado somente o elemento faltante, portando a quantidade é sempre 1 (um);
13. Faceta laminada de porcelana deve ter justificativa no campo 47 da GTO;
14. Em hipótese alguma o profissional credenciado/conveniado da Eletronorte poderá cobrar / receber pagamento total ou parcial dos beneficiários pelos serviços executados;
No caso de comprovação da cobrança por parte do profissional, o mesmo será automaticamente descredenciado;
15. A ELETRONORTE se reserva no direito de solicitar mais de um parecer de profissionais especialistas na área de ORTODONTIA, CIRURGIA, PRÓTESE e ou IMPLANTE, quando procedimentos mais complexos envolverem os tratamentos propostos;

Código do Serviço	RADIOLOGIA	Valor
75010011	Antero-posterior	40,87
75010020	ATM – série completa - 3 incidências	102,19
75010038	Telerradiografia sem traçado	40,87
75010046	Telerradiografia com traçado	66,76
75010054	Oclusal	23,16
75010062	Periapical ou interproximal	10,90
75010097	Panorâmica - liberação anual	44,96
75010100	Rx da mão – ou carpal	47,68
75010119	Slide – por unidade – máximo 7 (sete)	9,53
75010127	Fotos - por unidade – máximo 7 (sete)	9,53
75010135	Modelo ortodôntico – jogo articulado, superior e inferior.	50,73
76010031	Tomografia linear – região / segmento -	68,12
76010040	Panorâmica para implante	68,12
76010050	Protocolo de TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA. <ul style="list-style-type: none"> • Documentação completa (filme, CD, imagens e laudos). • Este valor é considerado para a primeira tomada – por segmento. 	149,46
76020001	Protocolo de TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA. <ul style="list-style-type: none"> • Documentação completa (filme, CD, imagens e laudos). • Este valor é considerado para tomadas subseqüentes – por segmento. 	90,00
76020002	Protocolo de TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - unilateral <ul style="list-style-type: none"> • Por área específica da mandíbula (região retromolar). 	99,64
76020003	Protocolo de TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA <ul style="list-style-type: none"> • Por área específica da mandíbula (mento). 	99,64
76010080	Protocolo de TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA para ATM - unilateral <ul style="list-style-type: none"> • Documentação completa (filme, CD, imagens e laudos). 	149,46
76010090	Protocolo de TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA para ATM - bilateral <ul style="list-style-type: none"> • Documentação completa (filme, CD, imagens e laudos). 	249,10

OBSERVAÇÕES SOBRE RADIOLOGIA

1. Radiografia panorâmica é liberada 01 (uma) por ano, para cada paciente;
2. Para realização de radiografia é necessário o pedido radiográfico assinado e carimbado pelo profissional que solicitou, com CRO legível;
3. O código 75010062, série completa (14 radiografias periapicais e 04 inter-proximais), só poderá ser executado por clínicas radiológicas;
4. Radiografias da ATM - devem ser realizadas 03 incidências bilaterais:
 - Repouso
 - Intercuspidação
 - Abertura máxima, para verificação da excursão do côndilo.
5. Slides e fotografias, o número máximo é de 07 (sete) unidades:
 - 2 extra-orais: 1 de frente e 1 de perfil
 - 5 intra-orais: 1 sorriso, 2 laterais e 2 oclusais.

6. Os protocolos radiográficos de TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA necessitam de autorização prévia do Serviço de Auditoria da Eletronorte e sempre acompanhadas das radiografias anteriores.

Código do Serviço	IMPLANTE / CIRURGIA	Valor
76010002	Consulta Inicial	39,03
76010015	1ª. fase – Cirurgia para o implante de Titânio – por elemento	830,33
76010023	2ª. fase - Cirurgia para colocação do cicatrizador – por elemento	199,28
76010028	Mini-placas -exige laudo valor incluído instalação e retirada	600,00
76010030	Mini-implantes – exige laudo valor incluído instalação e retirada	600,00
76010147	Reconstrução óssea específica – pacote completo -por segmento Incluindo: Levantamento de seio maxilar – LSM, Biomateriais: membranas, enxertos ósseos autógenos, alógenos e xenógenos ; Incluído a área doadora e a área receptora receptora. Não incluir o código 76010058	900,00
76010150	Enxerto ósseo em BLOCO – pacote completo – por área dental Incluído: Biomateriais: membranas, enxertos ósseos autógenos, alógenos e xenógenos ; Reconstrução óssea específica Não incluir o cod. 76010058 ou 76010147 Por área dental	774,97
76010058	Enxerto ósseo para implante – pacote completo - por segmento Incluindo: Regeneração óssea guiada - ROG; Biomateriais :membranas, enxertos ósseos autógenos, alógenos e xenógenos ; enxertos aloplásticos. Incluído a área doadora e a área receptora receptora.	900,00
76010160	Plasma Rico em Plaquetas - PRP Somente em casos específicos, com laudo - valor total incluindo o laboratório.	246,13

OBSERVAÇÕES SOBRE IMPLANTE / CIRURGIA

1. A consulta inicial consiste na anamnese, exame clínico, solicitação de exames complementares, diagnóstico e preenchimento da Guia – GTO – Padrão TISS;
1. O IMPLANTE OSSEOINTEGRADO deve ser realizado por profissional especialista em Implantodontia e com inscrição da especialidade no CRO.
2. Este tratamento deve ser desmembrado em três etapas, conforme especificado a seguir:
 - **Primeira etapa:**- Fase cirúrgica – Implante osseointegrado de titânio;
 - **Segunda etapa:**- Cirurgia para a colocação do intermediário que é o cicatrizador;
 - **Terceira etapa:**- Fase protética – onde é confeccionada a prótese sobre o implante (fase provisória e fase definitiva);

3. Nenhum tratamento de implante deve ser iniciado antes da realização de um completo planejamento com todos os profissionais envolvidos e da autorização junto à auditoria odontológica;
4. A Eletronorte paga até 08 (oito) implantes para cada paciente.
5. Não é liberado implante para os espaços correspondentes aos dentes 18 – 28- 38 e 48.
6. Só é liberado implante dentário para pacientes com idade superior a 18 (dezoito) anos;
7. A Eletronorte não paga implantes para os genitores dos empregados.
8. O procedimento de implante (1ª e 2ª fase) é autorizado uma única vez por dente para cada paciente, enquanto a prótese sobre o mesmo tem carência de 5 (cinco) anos;
9. Paciente de implante deve ser orientado a ler, entender e assinar o **CONSENTIMENTO INFORMADO** (riscos e benefícios do implante, recomendações pré e pós-cirúrgicos e controle semestral).
10. Para auditoria inicial e final da cirurgia para implantes, devem ser apresentadas as respectivas radiografias. O mesmo deve acontecer quando da colocação do cicatrizador;
11. Após concluir o tratamento de implante - fase cirúrgica e protética, o paciente deverá realizar consultas de manutenção com o profissional que realizou o procedimento.
12. Para solicitar a Tomografia Computadorizada é necessário laudo do implantodontista juntamente com as radiografais anteriores. Para realizá-la é necessária autorização prévia na Eletronorte.
13. As Miniplacas e os Mini-implantes só são liberados se solicitados pelo especialista em **ORTODONTIA** – no campo 47 da GTO. Deve haver um Guia Cirúrgico para orientar o local do procedimento.
14. A participação do beneficiário é de 40% em todos os procedimentos de implante e prótese sobre implantes.

NORMAS QUE O PROFISSIONAL DEVE ESCLARECER AO BENEFICIÁRIO PARA A REALIZAÇÃO DO IMPLANTE.

1. O beneficiário (empregado ou dependente) tenha idade superior a 18 (dezoito) anos,
2. Não esteja no período de carência de prótese (prótese fixa, removível com encaixes, prótese total), ou seja, tenha cumprido o período de carência de três anos de realização da prótese;
3. Que o beneficiário tenha consciência de sua saúde, pois pacientes diabéticos não controlados, hipertensos, cardiopatas, alérgicos, com hábitos parafuncionais e fumantes apresentam menor índice de sucesso quando comparados a outros pacientes sem esses quadros clínicos;
4. Pacientes, que apresentam estrutura óssea reduzida tanto na largura, quanto em comprimento, bem como qualidade óssea extremamente compacta ou extremamente mole, apresentam menor índice de sucesso;

5. Que o paciente leia o “**Termo de Compromisso para Implantes Osseointegrados**”, tire todas as dúvidas e responda o questionário junto ao profissional credenciado;
6. Não há reembolso para TFD (tratamento fora do domicílio) para realização de Implantes;
7. O beneficiário tem direito a no máximo 08 (oito) implantes na vida. As próteses sobre implantes têm carência de 05 (cinco) anos.

Código do Serviço	IMPLANTE / PRÓTESE	Valor
76010002	Consulta inicial	39,03
76010066	Prótese sobre implante em metalocerâmica – por elemento	800,00
76010074	Coroa provisória sobre o implante – por elemento	188,21
76010104	Elemento suspenso de prótese fixa envolvendo implante em metalocerâmica – por elemento	442,84
76010112	Elemento suspenso provisório de prótese fixa envolvendo implante – por elemento	121,78
76010139	Guia cirúrgico para implante	100,00
76010079	Ponto de solda para Implantes	88,57
76010120	Overdenture sobre Implantes – Arcada superior Pacote completo independente da técnica e do número de implantes - no mínimo 4 (quatro), incluindo todos os componentes necessários assim como moldagens, ajuste da prótese provisória e definitiva. Não está incluída no pacote a cirurgia dos implantes. Não deve ser usado com mais nenhum código 74 ...(prótese) Carência de 5 - cinco anos.	2.610,54
76010170	Overdenture sobre Implantes - Arcada Inferior Pacote completo independente da técnica e do número de implantes - no mínimo 2 (dois), incluindo todos os componentes necessários assim como moldagens, ajuste da prótese provisória e definitiva. Não está incluída a cirurgia dos implantes. Não deve ser usado com mais nenhum código 74 ...(prótese) Carência de 5 - cinco anos.	2.435,62
76010180	Protocolo sobre Implantes - Arcada superior Pacote completo. Incluindo todos os componentes protéticos necessários assim como a confecção e ajuste da prótese como também os provisórios. Geralmente são utilizados 6 (seis) a oito (8) implantes. Não está incluída no pacote a cirurgia dos implantes.	7.500,00
76010190	Protocolo sobre Implantes - Arcada inferior Pacote completo. Incluindo todos os componentes protéticos necessários, assim como a confecção e ajuste da prótese como também os provisórios. Geralmente são utilizados 4 (quatro) a 5 (cinco) implantes. Não está incluída no pacote a cirurgia dos implantes	7.200,00
76010300	Remoção e recolocação de protocolo sobre implantes	250,00

OBSERVAÇÕES SOBRE IMPLANTE / PRÓTESE

1. A consulta inicial consiste na anamnese, exame clínico, solicitação de exames complementares, diagnóstico e preenchimento da Guia – GTO – Padrão TISS;
2. É necessária a avaliação clínica das coroas provisórias sobre implantes, portanto o planejamento deve ser realizado em duas guias (etapas) A primeira constando a parte provisória do tratamento e a segunda, as definitivas; Só é liberada a fase definitiva após a conclusão da fase provisória;

3. Radiografias devem sempre acompanhar as Guias, tanto na fase provisória como na definitiva;
4. Assim como no procedimento cirúrgico para implantes, a Eletronorte paga até 08 (oito) elementos de prótese sobre implantes. Não está incluído o elemento suspenso.
5. A Eletronorte não paga prótese sobre implantes para os genitores dos empregados;
6. A remoção e recolocação da prótese protocolo sobre implantes é com a finalidade de higienização da peça e consulta com o periodontista para avaliação dos tecidos adjacentes. Só será considerada se for realizada pelo mesmo profissional que realizou a prótese. Possui carência de 2 anos.

Código do Serviço	FISIOTERAPIA BUCO-MAXILO-FACIAL	
		Proposta
77010002	Consulta inicial	39,03
77010011	Sessão de fisioterapia buco-maxilo-facial – em consultório	47,61
77010021	Sessão de fisioterapia buco-maxilo-facial – em domicílio	54,25

OBSERVAÇÕES SOBRE FISIOTERAPIA BUCO-MAXILO-FACIAL

1. A consulta inicial consiste na anamnese, exame clínico, solicitação de exames complementares, preenchimento do laudo para autorização na Eletronorte, diagnóstico e preenchimento da Guia – GTO – Padrão TISS;
2. A fisioterapia buco-maxilo-facial é liberada em casos de:
 - a. Disfunção de ATM
 - b. Dor miofacial; ou dor orofacial,
 - c. Encurtamento da musculatura mastigatória;
 - d. Cefaléias de origem cervicogênicas;
 - e. Bruxismo ou apertamento dentário diurno;
 - f. Trismos (pós-operatório, pós-trauma e/ou fraturas não cirúrgicas);
 - g. Parestesias e/ou paralisias faciais pós-trauma, pós-operatório ou de causas neurológicas (AVC, etc)
 - h. Pós-operatórios; imediato ou tardio de cirurgias ortognáticas, fraturas ou tumores faciais;
 - i. Encurtamanto cervical acompanhado de dor e má postura da cabeça.
3. O Fisioterapeuta buco-maxilo-facial deve encaminhar um laudo à Auditoria Odontológica, especificando todos os procedimentos que serão realizados, quais os aparelhos utilizados e o tempo de duração das sessões;
4. São liberadas 10 sessões mensais que poderão ser repetidas sempre com acompanhamento de laudo justificativo;
5. As sessões de fisioterapia buco-maxilo-facial têm a duração de aproximadamente 60 minutos, onde são utilizados além de aparelhos como Ultra-Som; Infravermelho, Tens / Dualpex (eletroestimulação) e Crioterapia, procedimentos manuais como massagens e alongamentos.

Código do Serviço	CIRURGIA ORTOGNÁTICA	Valor
80010002	Consulta para cirurgia ortognática	39,03
80010010	Cirurgia tipo disjunção maxilar Osteotomia da Maxila - quando realizada no consultório do CBMF. PACOTE – Inclui a equipe odontológica.	2.010,00
80010020	Cirurgia tipo disjunção maxilar Osteotomia da maxila - quando realizada em ambiente hospitalar. PACOTE – Inclui a equipe e auxiliares odontológicos. Porte cirúrgico 04	2.050,00
80010030	Cirurgia tipo correção de micrognatismo Osteotomia e Osteoplastia PACOTE – Inclui a equipe e auxiliares odontológicos. Porte cirúrgico 05	7.000,00
80010040	Cirurgia tipo correção de prognatismo Osteotomia e Osteoplastia Le Fort I PACOTE – Inclui a equipe e auxiliares odontológicos. Porte cirúrgico 04	7.000,00
80010050	Cirurgia tipo osteoplastia maxilar Osteotomia e Osteoplastia da maxila Le Fort I PACOTE – Inclui a equipe e auxiliares odontológicos. Porte cirúrgico 04	7.000,00
80010070	Cirurgia tipo mentoplastia Osteotomia e osteoplastia da mandíbula PACOTE – Inclui a equipe e auxiliares odontológicos. Porte cirúrgico 05	7.000,00
80010060	Cirurgia tipo osteotomia da mandíbula, maxila e mento. PACOTE – Inclui a equipe e auxiliares odontológicos. Porte cirúrgico 05	10.000,00
80010090	Cirurgia artroplastia da atm - lado esquerdo Tratamento cirúrgico da anquilose, fratura, trauma. PACOTE – Inclui a equipe e auxiliares odontológicos. Porte cirúrgico 05	3.500,00
80020000	PACOTE - anestesia para cirurgia buco maxilo facial e atm	2.000,00
80020001	PACOTE – anestesia/sedação venosa para pacientes especiais – exige laudo	774,97

OBSERVAÇÕES SOBRE CIRURGIA ORTOGNÁTICA

1. Para todos os códigos de CIRURGIA ORTOGNÁTICA, foram fechados **pacotes**, sendo que nos valores acima estão incluídos os honorários da equipe cirúrgica, composta de um cirurgião responsável, dois cirurgiões auxiliares e o instrumentador;
2. Não estão incluídos nos códigos acima materiais consignados e próteses;
3. Para qualquer procedimento acima, é necessário:
 - a. Planejamento realizado com todos os profissionais envolvidos no tratamento;

- b. **Guia de Tratamento Odontológico** preenchida pelo Cirurgião-Dentista e autorizada na auditoria odontológica;
 - c. **Guia de Internação** preenchida pelo Cirurgião-Dentista (onde também deve constar o código da cirurgia) e autorizada pelo médico perito da Empresa;
4. Os valores hospitalares deverão ser preenchidos na **Guia Hospitalar** que deve vir anexada à **Guia de Internação**;
5. A participação do empregado para esses procedimentos, bem como da internação e anestesista é de 40%;
6. Não deve haver somatório de códigos. O pacote foi fechado para cada tipo de cirurgia;
7. Para cirurgias mais complexas que envolvem Maxila, Mandíbula e Mento deve ser usado o código 80010060;
8. Anestesia / Sedação requer laudo e autorização especial.

Código do Serviço	ODONTOLOGIA DO SONO	Valor
	90010002	
90010010	Aparelho intra bucal (especifica para SAHOS) Inclui a adaptação, manutenção e acompanhamento.	1400,00
90010020	Reembasamento e Ajustes	40,00
90010030	Modelo de trabalho	50,73

OBSERVAÇÕES SOBRE ODONTOLOGIA DO SONO

1. A indicação do aparelho intrabucal (AIB) só pode ser feita por um especialista em **MEDICINA DO SONO** (Pneumologista, Cardiologista, Otorrino, etc.) e para o perfeito diagnóstico, são necessários exames complementares como polissonografia, radiografais e cefalometrias;
2. O papel do dentista é de executar o tratamento indicado pelo médico, cabendo a este a completa avaliação diagnóstica e a proposição do tratamento.

No caso do AIB, cabe ao dentista a indicação do tipo de aparelho disponível para cada caso, a execução e o acompanhamento deste. (I Consenso em Ronco e apnéia do sono - São Paulo 2000);
3. No valor do aparelho estão incluídos os ajustes primários, adaptação do paciente e manutenções;
4. A participação do beneficiário no tratamento do Ronco e Apnéia do sono é de 40%.
5. Têm direito ao tratamento do sono os beneficiários adultos, exceto os genitores.
6. As crianças que roncam têm direito ao tratamento com o uso de aparelhos de ortopedia funcional.
7. A reavaliação objetiva com a polissonografia é necessária se os sintomas voltarem a ocorrer.
8. É necessário fazer o **LIVRE CONSENTIMENTO**, informando sobre o uso, contra indicações e efeitos colaterais do uso do aparelho.
9. O AIB é contra indicado em pacientes com doença periodontal avançada, desdentados ou com número insuficiente de dentes para suportar o aparelho.