



REFERENCIAL ODONTOLÓGICO REEMBOLSO - FUNDAÇÃO COPEL

Vigência 01/01/2022

REGRAS GERAIS PARA REEMBOLSO ODONTOLÓGICO

1. O primeiro passo ao visitar o dentista de livre escolha, é levar ou encaminhar ao profissional a **Ficha Odontológica – FOA** para ser preenchida.

Atenção: Confira, junto ao dentista, se algum dos procedimentos a ser realizado necessita de **auditoria inicial**.

2. Caso o seu procedimento necessite de **auditoria e liberação inicial**, antes de iniciar o tratamento, **você deverá comparecer à Central de Atendimento ou Escritório Regional com a FOA devidamente preenchida, radiografias, e/ou tomografias e/ou fotografias para abertura de protocolo, ou ainda poderá enviar toda documentação de forma legível para o e-mail fundacao@fcopel.org.br**. A Fundação Copel vai analisar o seu pedido em até 7 dias úteis. Com a autorização, você poderá iniciar seu tratamento.

3. Para os procedimentos que necessitem de auditoria final, favor encaminhar a solicitação de reembolso, com o documento que comprove a realização do tratamento, que pode ser: radiografia, e/ou tomografias e/ou fotografias, para análise da auditoria odontológica conforme informado nos procedimentos abaixo que indicam a necessidade dessa auditoria.

4. Ao final do tratamento, o seu reembolso poderá ser solicitado com a seguinte documentação:

- Autorização inicial (se necessário)
- Ficha Odontológica (FOA) preenchida e assinada.
- Radiografias e/ou tomografias e fotografias (quando necessário)
- Nota fiscal detalhada (o valor total da nota fiscal deverá ser o mesmo valor do tratamento realizado, observamos que na FOA o dentista irá preencher o valor que ele irá cobrar do tratamento).

5. Para os procedimentos que não necessitam de auditoria inicial, basta encaminhar a documentação para reembolso ao final do tratamento:

- Ficha Odontológica preenchida e assinada
- Nota fiscal detalhada

6. Seu reembolso poderá ser solicitado:

- site da Fundação Copel, em Login > Você no Controle:
<https://vocenocontrole.fcopel.org.br/reembolsowp.aspx>
- Pelo Aplicativo: Fundação Copel Você no Controle
- Presencialmente na Fundação Copel
- Ou pelo e-mail: fundacao@fcopel.org.br

7. Segue abaixo o referencial de valores de base para cálculo de reembolso por procedimentos e suas orientações:



DIAGNÓSTICO

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor R\$
81000065	Consulta odontológica inicial	SESSÃO	Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias para o mesmo profissional.		51,48
81000049	Consulta odontológica de urgência	SESSÃO	Anotar data e horário de atendimento. A Guia deve conter somente os procedimentos executados no atendimento da urgência e em guia diferente do tratamento convencional.		66,18
81000057	Consulta odontológica de urgência 24 hs	SESSÃO	Sábados, Domingos e Feriados. Urgência Noturna, em dias úteis, das 20:00 às 06:00 horas. Anotar data e horário de atendimento. A Guia deve conter somente os procedimentos executados no atendimento da urgência.		73,53
81000189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	SESSÃO	1) Para avaliação e plano de tratamento específico das especialidades de Estomatologia, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial e Patologia Bucal, Atendimento Hospitalar e Home Care; 2) Inclui uma reconsulta no prazo de 30 dias, para avaliação da eficácia do tratamento e/ou avaliação de possíveis exames complementares.	Para cobrança obrigatório anexar relatório.	102,95

RADIOLOGIA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
81000421	Radiografia periapical	DENTE	Desde que não contíguos.		13,23
81000375	Radiografia interproximal - <i>bite-wing</i>	RMPE/ RMPD/ RME/ RMD.	Limitado a 2 quantidades por lado. A cada 180 (cento e oitenta) dias.		13,23
81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	UNIDADE	O levantamento radiográfico contempla 16 radiografias. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Um a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias. Incompatível com 81000421.		132,36
81000383	Radiografia oclusal	AS e/ou AI	A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		23,52
81000430	Radiografia póstero-anterior	SESSÃO	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		55,90
81000340	Radiografia da ATM	HEMIARCO	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Série completa (3 Incidências) por lado boca fechada, entreaberta e abertura máxima. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		95,59
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Justificar a solicitação em receituário a ser anexado à cobrança. Liberado para fins de Cirurgias Ambulatorial/Ortognática e acima de 3 implantes. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		55,90



81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Para implantes justificar a solicitação em receituário a ser anexado à cobrança. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		66,18
81000472	Telerradiografia	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Justificar a solicitação.		55,90
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Justificar a solicitação.		70,59
81000367	Radiografia da mão e punho - carpal	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Com laudo de identificação de idade óssea.		66,18
330	Documentação Científica Completa (Kit Ortodôntico)	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Pasta com Telerradiografia, Panorâmica, 05 Fotos e/ou Slides e Modelos ortodônticos. 1 kit a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		235,32
331	Tomografia Odontológica CONE BEAM - para ATM - Volumétrica	HEMIARCO	Para cobrança anexar a justificativa da solicitação em receituário e laudo. Por hemiarco a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias. Lado direito e/ou lado esquerdo.		367,67
332	Tomografia Odontológica CONE BEAM - Região ou Equivalente a um Hemiarco - Volumétrica	HEMIARCO	Para cobrança anexar a justificativa da solicitação em receituário e laudo. Por hemiarco a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		220,60
333	Tomografia Odontológica CONE BEAM – 1 Arco Dental - Volumétrica	AS ou AI	Para cobrança anexar a justificativa da solicitação em receituário e laudo. Por hemiarco a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		294,14
334	Tomografia Odontológica CONE BEAM – 2 Arcos Dentários – Volumétrica	ASAI	Para cobrança anexar a justificativa da solicitação em receituário e laudo. Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		514,75

PREVENÇÃO

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE

1. Aplicações tópicas de flúor devem ser cobradas mediante critério técnico, sendo passíveis de auditoria em casos de cobranças de rotina.
- 2.

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
84000198	Profilaxia: polimento coronário	AS e/ou AI	Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias. Para fins de faturamento deve ser lançada separadamente uma arcada em cada linha.		36,76
84000090	Aplicação tópica de flúor	HEMIARCO	Um a cada 180 (cento e oitenta) dias. Para fins de faturamento deve ser lançada separadamente, um hemiarco em cada linha. Vide observação.		11,03
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	SESSÃO	Incompatível com os demais códigos de atividade bucal. Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		44,14
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores.	SESSÃO	Incompatível com os demais códigos de atividade bucal. Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		44,14



87000016	Atividade educativa em Odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.	SESSÃO	Incompatível com os demais códigos de atividade bucal. Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		44,14
84000244	Teste de fluxo salivar	SESSÃO	Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias, descrevendo a técnica utilizada na GTO. Anexar termo de realização assinado pelo beneficiário.	Final	51,48
84000252	Teste do ph salivar	SESSÃO	Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias, descrevendo a técnica utilizada na GTO. Anexar termo de realização assinado pelo beneficiário.	Final	51,48
84000031	Aplicação de carióstático	SESSÃO	Ambas arcadas. A cada 180 (cento e oitenta) dias. Liberado para crianças até 12 anos de idade		58,82
84000201	Remineralização	DENTE	Remineralização de "Manchas Brancas Ativas". Incompatível com cobrança de aplicação de flúor e dessensibilização dentária. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		66,18
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	DENTE	Para dentes decíduos ou dentes permanentes até 2 anos. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		66,18
84000074	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras	DENTE	Para dentes decíduos ou dentes permanentes até 2 anos. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		51,48
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	HEMIARCO	A cada 180 (cento e oitenta) dias. Incompatível com flúor e Remineralização.		11,03

ODONTOPEDIATRIA

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE

1. ODONTOPEDIATRIA – Indicada para beneficiários até 14 anos.

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	DENTE			139,72
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	DENTE			139,72
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	DENTE			139,72
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	DENTE			111,77
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	DENTE			169,13
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	DENTE	Em caso de cáries generalizadas, objetivando a eliminação de sítios de retenção e controle do processo cariioso com ionômero de vidro. A cada 180 (cento e oitenta) dias.		44,14
83000089	Exodontia simples de decíduo	DENTE			73,53
83000097	Mantenedor de espaço fixo	SEG	Um a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	FINAL	205,90



83000100	Mantenedor de espaço removível	SEG	Um a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	FINAL	211,78
81000014	Condicionamento em Odontologia	SESSÃO	Até 3 sessões/ano. Incompatível com cobrança de consulta odontológica inicial no mesmo dia.		51,48
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	SESSÃO	Até 3 sessões/ano. Incompatível com cobrança de consulta odontológica inicial no mesmo dia.		51,48
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	SEG			117,65
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.	SESSÃO	Justificar na cobrança	Inicial (a partir da 4ª sessão).	246,81
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia.	SESSÃO	Justifica em cobrança	Inicial (a partir da 4ª sessão).	246,81

DENTÍSTICA

REGRAS GERAIS PARA A ESPECIALIDADE

1. A carência para a substituição de restaurações para o mesmo dente e mesmas faces, executadas pelo mesmo prestador é de 3 anos (1095, mil e noventa e cinco dias), desde que haja indicação técnica.
2. As restaurações devem ser cobradas de acordo com o número de faces restauradas, sendo abonável mais de uma restauração por dente, desde que não estejam interligadas.
3. Não serão permitidas as substituições de restaurações por motivos puramente estéticos.
4. As restaurações devem ser cobradas de acordo com o número de faces restauradas, sendo abonável mais de uma restauração por dente, desde que não estejam interligadas.
5. Será autorizada a cobrança de nova restauração em um intervalo inferior a 3 anos para o mesmo dente e mesmas faces, executadas pelo mesmo prestador mediante justificativa e encaminhamento à auditoria.
6. Identificar dente e faces.

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	DENTE	Vide Observações.		64,71
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	DENTE	Vide Observações.		80,90
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	DENTE	Vide Observações.		92,66
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	DENTE	Vide Observações.		110,30
85100048	Colagem de fragmentos dentários	DENTE	Recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.		102,95
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	DENTE	Vide Observações.		80,90



85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	DENTE	Vide Observações.	..	92,66
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	DENTE	Vide Observações.	..	110,30
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	DENTE	Vide Observações.	..	117,65
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	DENTE	Não é válido para base de restaurações.		68,39
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	DENTE	Não é válido para base de restaurações.		68,39
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	DENTE	Não é válido para base de restaurações.		70,59
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	DENTE	Não é válido para base de restaurações.		73,53
85100080	Restauração atraumática em dente permanente	DENTE	Em caso de cáries generalizadas, objetivando a eliminação de sítios de retenção e controle do processo cariioso.		44,14
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	DENTE	Em dentes vitais.		44,14
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	DENTE	Inclui possíveis restaurações proximais ou 2 ângulos. Vide Observações.	Inicial e Final	117,65
85100242	Adequação do meio bucal	SESSÃO	A cada 180 (cento e oitenta) dias.		73,53

ENDODONTIA

REGRAS GERAIS PARA A ESPECIALIDADE

1. Radiografias inicial e final estão incluídas no valor do procedimento. Será permitida, somente a cobrança de até duas radiografias, por dente.
2. O clareamento será autorizado para dentes permanentes, escurecidos por sequela de tratamento endodôntico

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	Final	198,56
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	Final	227,95
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	Final	330,90
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	Inicial e Final	220,60
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	Inicial e Final	286,78
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	Inicial e Final	411,79
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	DENTE			110,30
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	DENTE			110,30
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	DENTE		..	51,48



85200123	Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar	SESSÃO	Por Sessão. Máximo 3 (três) sessões. Exclui o pagamento de consulta a partir da 2ª sessão.	Inicial por meio de rx.	102,95
85200018	Clareamento de dente desvitalizado	DENTE	Por dente.	Inicial Foto	139,72
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	SESSÃO	Por Sessão. Máximo 3 (três) sessões. Exclui o pagamento de Consulta a partir da 2ª sessão.		102,95
85200042	Pulpotomia	DENTE			111,77
85100013	Capeamento pulpar direto	DENTE			73,53

PERIODONTIA

REGRAS GERAIS PARA A ESPECIALIDADE

1. Nas intervenções cirúrgicas estão incluídos os procedimentos: anestesia, colocação, troca e remoção de cimento cirúrgico, curativos, revisão clínica de resultado pós-operatório e remoção de suturas.
2. Segmentos S-1 (18 a 14), S-2 (13 a 23), S-3 (24 a 28), S-4 (38 a 34), S-5 (33 a 43), S-6 (44 a 48).
3. Não será autorizada mais de uma cirurgia por segmento, sem a avaliação do Auditor.
4. Não será autorizada Raspagem Supra ou Sub Gengival e Cirurgia a Retalho em um mesmo segmento, concomitantemente.
5. Não será autorizada a cobrança de códigos cirúrgicos que se sobreponham e que sejam inerentes ao procedimento em si.

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (placa bacteriana)	HEMIARCO	Sulco fisiológico até 3 mm. Inclui raspagem de pequenas quantidades de cálculo, sem bolsas periodontais e remoção de excessos de restaurações. Não pode ser cobrado concomitantemente com "Raspagem supra-gengival, Raspagem sub-gengival e Cirurgia Periodontal a Retalho". A cada 180 (cento e oitenta) dias.		28,65
85300047	Raspagem supra-gengival	HEMIARCO	Bolsas até 4 mm. Para pequenas quantidades de cálculo, utilizar o código 85300055 - Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental. Não aplicar concomitantemente com os itens "Cirurgia Periodontal a Retalho, Raspagem sub-gengival e Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental" em uma mesma região. Encaminhar radiografias e/ou Periograma, se solicitado pelo auditor. A cada 180 (cento e oitenta) dias.		52,96



85300039	Raspagem sub-gengival / alisamento radicular	SEG	Não aplicar concomitantemente com os itens "Cirurgia Periodontal a Retalho, Raspagem supra-gengival e Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental" em uma mesma região. Encaminhar radiografias e/ou Periograma, se solicitado pelo auditor. A cada 180 (cento e oitenta) dias.	Inicial através de foto da boca e/ou periograma e/ou panorâmica.	58,82
85300098	Manutenção periodontal	SESSÃO	1) Trimestral, restrita a pacientes com alto risco de doença periodontal, bolsas profundas e sangramento espontâneo ou exsudato; ambas arcadas; 2) Inclui raspagem supra e sub-gengival de bolsas, profilaxia, remoção de fatores de retenção, orientação de higiene bucal, evidenciação de placa, aplicação tópica de flúor; 3) No período de liberação não poderá ser concomitante aos demais tratamentos periodontais não cirúrgico.	Inicial através de foto da boca e/ou panorâmica.	264,72
85300012	Dessensibilização dentária	ASAI	Incompatível com aplicação tópica de flúor. A cada 180 (cento e oitenta) dias.		36,76
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	SEG	Por segmento.	..	117,65
82000921	Gengivectomia	SEG	Incompatível com Cirurgia a Retalho, Gengivoplastia e Aumento de Coroa Clínica e Cunha Proximal no mesmo segmento.	..	139,72
82000948	Gengivoplastia	SEG	Incompatível com Cirurgia a Retalho, Gengivectomia e Aumento de Coroa Clínica no mesmo segmento.	Inicial fotos	139,72
82001685	Tunelização	DENTE	Em dentes multirradiculares com raízes divergentes e lesão de furca grau II ou III com ou sem tratamento endodôntico.	Inicial.	147,07
82000212	Aumento de coroa clínica	DENTE	Incompatível com o procedimento Cirurgia a Retalho no mesmo segmento. Inclui raspagem do dente.	..	147,07
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	SEG	Incompatível com as Raspagens Supra e Sub-gengivais, Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental, Gengivectomia, Gengivoplastia, e Aumento de coroa clínica, no mesmo segmento. A cada 6 meses.	Inicial rx e/ou foto	161,77
82000557	Cunha proximal	DENTE	Somente em região retro- molar. incompatível com exodontia e remoção de dentes inclusos ou semi inclusos.		147,07
82001073	Odonto-secção	DENTE	Apresentação de RX inicial e final.	/ Inicial – RX.	102,95
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	DENTE	Odonto-secção inclusa.		147,07
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	DENTE	Odonto-secção inclusa.		161,77
82001464	Sepultamento radicular	DENTE			132,81
82000689	Enxerto pediculado	DENTE		Inicial Foto –	161,77
82000662	Enxerto gengival livre	DENTE		Inicial - Foto	202,96
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	SESSÃO	Exclui-se o ajuste de próteses e restaurações recém-executadas pelo profissional. Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		95,59
85400017	Ajuste Oclusal por acréscimo	SESSÃO	A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		95,59



85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda – guna.	SEG			58,82
----------	--	-----	--	--	-------

DISFUNÇÃO DA ATM

OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE

1. A cobertura é para placa miorelaxante em acrílico com espessura de pelo menos 5mm. Materiais como silicone e acetato não serão aceitos, demais placas ou dispositivos com finalidade ortodôntica não são cobertos.

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Temporo-Mandibular (ATM)	SESSÃO	Procedimento ambulatorial em emergências quando do deslocamento da mandíbula. Para faturamento, incluir Termo de Ciência assinado na guia.		105,90
85400246	Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)	AS ou AI	Ajuste da placa faz parte do procedimento. A cobertura é para placa miorelaxante em acrílico com espessura de pelo menos 5mm, materiais como silicone e acetato não serão aceitos, demais placas ou dispositivos com finalidade ortodôntica não são cobertos. A placa a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Final - Foto	560,93

PRÓTESE

OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE

1. A cobertura das próteses está condicionada ao correto planejamento levando-se em conta a longevidade e seus prazos de carência, descritos nas instruções de cada procedimento.
2. A repetição de coroas protéticas se dará somente após decorrido o prazo, mesmo que confeccionadas de materiais diferentes das originais.
3. Enviar as radiografias ou fotos iniciais e finais das próteses para a Auditoria. Não serão aceitas imagens iniciais com os dentes já em fase de preparo.
4. Não será objeto de cobertura de próteses de natureza estética, substitutivas de outras que originalmente mantinham a sua funcionalidade ou hígidez, para correção de oclusão, complementar a tratamentos ortodônticos ou correção de Dimensão vertical;
5. Não terão cobertura as próteses fixas em "cantilever" (suspensas), apoiadas sobre raízes dentárias.
6. A repetição de quaisquer procedimentos e consultas terá cobertura somente após decorrido o prazo mínimo estipulado para cada um destes, no Referencial de Serviços Odontológicos. Neste caso deverão ser atendidas as condições da auditoria e de autorização prévia e desobriga cobertura pelo PROSAÚDE II e/ou III, sendo o custo do tratamento imputado na sua totalidade ao beneficiário ou representará glosa ao Prestador.



7. Nos casos de inadaptação é facultado ao beneficiário refazer os procedimentos e serviços com outro profissional, dentro dos prazos estipulados para repetição de cada procedimento, constante no Referencial de Serviços Odontológicos da Fundação Copel, sendo que os custos do segundo e sucessivos tratamentos serão da responsabilidade do beneficiário.
8. O pagamento do código 85400220 está condicionado ao procedimento apresentar o padrão técnico de qualidade: 2/3 de comprimento da raiz ou 1/2 da inserção óssea da raiz.
9. O pagamento de todos os códigos referente as coroas (85400092, 85400114, 85400106, 85400157, 85400165, 85400149, 85400335, 85400343, 85400351, 85400300, 85400319, 85400297), está condicionado ao procedimento apresentar o padrão técnico de qualidade: adaptação cervical, ponto de contato mantido e cor satisfatória.
10. Códigos de coroa provisória com pino e sem pino são incompatíveis, não podendo serem lançados na mesma guia para o mesmo elemento.
11. Não será permitido coroa provisória para casos onlay e inlay, podendo ser utilizado para esses casos códigos de restauração em ionômero de vidro.
12. A imagem referente a auditoria final do pino pré-fabricado deve comprovar a utilização do mesmo.
13. **Não serão aceitas restaurações ONLAY ou INLAY em Cerômero feitas em consultório com Técnica de restaurações.**

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
85400556	Restauração metálica fundida	DENTE	Uma a cada 5 anos (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final RX	426,21
85400513	Restauração em cerâmica pura - <i>inlay</i>	DENTE	Mínimo 3 faces. Cobertura para inlay confeccionada em laboratório. Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final Foto	810,23
85400521	Restauração em cerâmica pura - <i>onlay</i>	DENTE	Mínimo 3 faces. Cobertura para onlay confeccionada em laboratório uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final Foto	810,23
85400548	Restauração em Cerômero - <i>inlay</i>	DENTE	Mínimo 3 faces. Cobertura para inlay confeccionada em laboratório. Uma a cada 3 anos, (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final Foto	617,03
85400530	Restauração em Cerômero - <i>onlay</i>	DENTE	Mínimo 3 faces. Cobertura para onlay confeccionada em laboratório. Uma a cada 3 anos, (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final Foto	617,03
85400190	Faceta em Cerômero	DENTE	Somente para incisivos, caninos e primeiros pré-molares, quando recursos restauradores forem esgotados Uma a cada 3 anos. (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final Foto	617,03
85400181	Faceta em cerâmica pura	DENTE	Somente para incisivos, caninos, quando recursos restauradores forem esgotados. Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final Foto	909,96
85400505	Remoção de trabalho protético	DENTE	Não será paga a remoção dos trabalhos protéticos já removidos antes da Auditoria. Não válido para remoção de provisórios.	Inicial	51,48
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	DENTE	Não válido para coroas provisórias e durante fase protética de coroas novas.		51,48



85400220	Núcleo metálico fundido	DENTE	O núcleo deve preencher 2/3 do comprimento da raiz, ou 1/2 da inserção óssea da raiz. Comprovar com RX Inicial e Final. Um a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final RX	211,91
85400262	Pino pré fabricado	DENTE	Núcleo pré fabricado em fibra de vidro, de carbono ou rosqueado em titânio (exclui Pino Davis). Comprovar com RX inicial e final. Um a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final RX	220,60
85400211	Núcleo de preenchimento	DENTE	Em Resina ou Ionômero. Somente em dentes tratados endodonticamente ou como base p/ coroas protéticas. A cada 3 anos. (1095 – Mil e noventa e cinco dias).		68,39
85400076	Coroa unitária provisória com pino	DENTE	Comprovação para auditoria final através de imagem comprobatória. incompatível com código 85400084 para mesmo elemento na mesma guia. Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias.	Inicial e Final - Foto.	164,54
85400084	Coroa unitária provisória sem pino	DENTE	Comprovação para auditoria final através de imagem comprobatória. incompatível com código 85400076 para mesmo elemento na mesma guia. Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias.	Inicial e Final - Foto	155,82
85400092	Coroa total acrílica prensada	DENTE	Não é válido como provisória. Uma a cada 3 anos. (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial e Final – Foto	286,69
85400114	Coroa total em Cerômero	DENTE	Uma a cada 3 anos. (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final – Foto	648,19
85400106	Coroa total em cerâmica pura Zircônia	DENTE	Metal fere ou In-Ceram. Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final – Foto RX	860,09
85400157	Coroa total metalo cerâmica	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final – Foto RX	841,41
85400165	Coroa total metalo plástica – Cerômero	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final – Foto	582,12
85400149	Coroa total metálica	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final – Foto	461,21
85400335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final – Foto e/ou RX	841,41
85400343	Prótese parcial fixa em metalo plástica	DENTE	Usar este código também para pânticos sobre implantes e será contabilizado nas regras de cobertura para implantodontia. Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final – Foto e/ou RX.	582,12
85400351	Prótese parcial fixa - In-Ceram livre de metal (metal-free)	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final – Foto e/ou RX	909,96
85400289	Prótese fixa adesiva direta (provisória)	DENTE	Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco dias).	Inicial e Final – Foto	249,30
85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	DENTE	Um pântico e duas aletas. Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial e final – RX	1221,58
85400319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	DENTE	Um pântico e duas aletas. Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final – RX	909,96
85400297	Prótese fixa adesiva em Cerômero livre de metal (metal free)	DENTE	Um pântico e duas aletas. Reforço em fibra incluso. Uma a cada 3 anos. (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final – Foto	847,61



85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	AS e/ou AI	Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Inicial/Final – Foto	367,71
85400386	Prótese parcial removível com grampos, bilateral	AS e/ou AI	Uma a cada 3 anos. (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final – RX Foto	1043,32
6013	Prótese parcial removível com grampos, unilateral	AS e/ou AI	Uma a cada 3 anos. (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final – RX Foto.	934,88
85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	AS e/ou AI	Uma a cada 3 anos. (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final – Foto.	1159,26
4270	Encaixe Macho ou Fêmea (por encaixe)	DENTE	Nas Coroas. O encaixe da estrutura já está incluso no valor da PPR.	Inicial	201,85
85400408	Prótese total	AS e/ou AI	Dentes nacionais de qualidade superior, acrílico rosa ou incolor, caracterização de gengivas-sistema Thomas Gomes. Uma a cada 3 anos. (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final - Foto	1159,26
85400416	Prótese total imediata	AS e/ou AI	Logo após as extrações. Como fase provisória em casos de PROTOCOLO BRANEMARK	Inicial – Foto	648,19
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	AS e/ou AI	A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.		236,84
85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	AS e/ou AI		..	218,15
85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	AS e/ou AI		..	218,15
85400475	Reembasamento de coroa provisória.	DENTE	Não é valido para realização no ato da confecção da coroa provisória. A cada 180 (cento e oitenta) dias.		68,56
87000040	Coroa de acetato em dente permanente.	DENTE		..	139,72
87000059	Coroa de aço em dente permanente.	DENTE		..	139,72
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente.	DENTE		..	139,72

CIRURGIA AMBULATORIAL

OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE

1. As cirurgias listadas abaixo são eminentemente ambulatoriais. É prerrogativa do beneficiário a realização dos procedimentos em ambiente hospitalar, sendo as despesas adicionais que não aquelas cobertas pelo Plano de Saúde e Referencial de Serviço Odontológico, de sua responsabilidade, ressalvadas as cirurgias odontológicas autorizadas por esse plano, por imperativo clínico, vide regulamento "O Imperativo Clínico para realização de procedimentos odontológicos em ambiente Hospitalar caracteriza-se pelas condições que exijam suporte hospitalar em pacientes de doenças cardíacas, pulmonares, hepáticas renais, distúrbios de coagulação e pacientes com necessidades especiais que, por indicação médica, demandem sedação para realização do procedimento odontológico com segurança".
2. Nos procedimentos cirúrgicos estão inclusos todos os procedimentos inerentes ao ato, como abertura do retalho, extração do dente, odontosecção, toailete da cavidade, remoção



de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós-operatórios.

3. Devem ser enviadas as radiografias iniciais e finais para a Auditoria do plano, assim como laudos em caso de biópsias.
4. Não será autorizada extração de dentes onde seja possível a instalação de prótese fixa, com a finalidade de colocação de implantes em seu lugar.

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
82000875	Exodontia simples de permanente	DENTE	Incompatível com a cobrança dos códigos exodontia a retalho e exodontia de raiz residual.		110,32
82000816	Exodontia a retalho	DENTE	Exodontia de dentes normalmente implantados que exigem a abertura cirúrgica prévia da gengiva.		125,00
82000859	Exodontia de raiz residual	DENTE	Extração dentária da porção radicular de dentes que já não possuem mais a parte coronária.		110,32
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica / protética	DENTE	Constar Justificativa, nome e CRO de quem indicou no campo observações e anexar cópia da solicitação do especialista.		110,32
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	DENTE	Inclui a extração do dente, odontosecção se necessária, toaleta da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios. Comprovar c/ RX.	Inicial – RX	308,84
82001294	Remoção de dentes semi inclusos / impactados	DENTE	Inclui a extração do dente, odontosecção se necessária, toaleta da cavidade, remoção de espículas ósseas, remoção de excesso de tecido mucoso, sutura, cuidados pós operatórios. Comprovar c/ RX.	Inicial – RX	308,84
82000034	Alveoloplastia	SEG	Consiste em corrigir cirurgicamente os alvéolos dentários após a realização de extrações múltiplas, com finalidade protética.		110,30
82000239	Biópsia de boca	SESSÃO	Incisional. Se a lesão for retirada completamente (biópsia excisional), deve ser cobrado o código correspondente ao procedimento Ex: Excisão de mucocele etc.	Inicial foto	132,36
82000247	Biópsia de glândula salivar.	SESSÃO		Inicial foto	132,36
82000255	Biópsia de lábio	SESSÃO		Inicial foto	132,36
82000263	Biópsia de língua.	SESSÃO		Inicial foto	132,36
82000271	Biópsia de mandíbula.	SESSÃO		Inicial rx	132,36
82000280	Biópsia de Maxila.	SESSÃO		Inicial rx	132,36
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	AS e/ou AI		Inicial - Foto	247,65
82000395	Cirurgia para torus palatino	AS		Inicial - Foto	264,72
82000387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	HEMIARCO		Inicial - Foto	264,72
82000360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	AI		Inicial - Foto	442,67
82000182	Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	Final – RX	220,60
82000174	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	Final – RX	247,08
82000085	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	Final – RX	277,08



8200077	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	Final – RX	294,14
82000166	Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	Final – RX	316,20
82000158	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	Final – RX	338,25
82000883	Frenulectomia labial	SESSÃO		Inicial - Foto	139,72
82000891	Frenulectomia lingual	SESSÃO		Inicial - Foto	154,43
82000905	Frenulotomia Labial	SESSÃO		Inicial - Foto	139,72
82000913	Frenulotomia Lingual	SESSÃO		Inicial - Foto	154,43
82000298	Bridectomia	AS e/ou AI			132,36
82000301	Bridotomia	AS e/ou AI			132,36
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	SEG	Comprovar c/ RX.	Inicial – RX	220,60
82000808	Exérese ou excisão de rânula	SESSÃO		Inicial – Foto ou RX	154,43
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	SESSÃO	Comprovar c/ RX.	Inicial – Foto ou RX	220,60
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	SESSÃO		Inicial – Foto ou RX	154,43
82001030	Incisão e Drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	SESSÃO			110,30
82001022	Incisão e Drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	SESSÃO			125,00
82000441	Coleta de raspado em lesões de sítios específicos da região bucomaxilofacial	SESSÃO			66,18
82001103	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial	SESSÃO			132,36
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	SESSÃO	Incluída a imobilização temporária.		202,96
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	SESSÃO	Incluída a imobilização temporária.		202,96
82001251	Reimplante dentário com contenção	DENTE	Incluída a imobilização temporária.		191,19
82001707	Ulectomia	DENTE			88,24
82001715	Ulotomia	DENTE			88,24
82001634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	AS e/ou AI	Osteoma, Odontoma e outros. Comprovar c/ RX. Por Arcada.	Inicial – RX	220,60
82001510	Tratamento cirúrgico da fistula buco-nasal	SESSÃO			373,55
82001529	Tratamento cirúrgico da fistula buco-sinusal	SESSÃO			373,55
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial.	Inicial – RX	308,84
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	SESSÃO	Quando a extensão, localização e característica da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.		66,18



82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região bucomaxilofacial	SESSÃO			308,84
82001413	Retirada de Corpo Estranho Subcutaneo ou submucoso da região bucomaxilofacial	SESSÃO			308,84
82001430	Retirada dos meios de fixação da região bucomaxilofacial	SESSÃO			161,77
82001308	Remoção de dreno extraoral	SESSÃO			66,18
82001316	Remoção de dreno intraoral	SESSÃO			66,18
82000352	Cirurgia para exostose maxilar.	AS		Inicial	264,72

IMPLANTODONTIA

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE

- Os códigos descritos neste referencial dizem respeito a procedimentos realizados em ambiente ambulatorial. É prerrogativa do beneficiário a realização dos procedimentos em ambiente hospitalar, sendo as despesas adicionais que não aquelas cobertas pelo Plano de Saúde e Referencial de Serviço Odontológico, de sua responsabilidade, ressalvadas as cirurgias odontológicas autorizadas por esse plano, por imperativo clínico, "O Imperativo Clínico para realização de procedimentos odontológicos em ambiente Hospitalar caracteriza-se pelas condições que exijam suporte hospitalar em pacientes de doenças cardíacas, pulmonares, hepáticas renais, distúrbios de coagulação e pacientes com necessidades especiais que, por indicação médica, demandem sedação para realização do procedimento odontológico com segurança".
- Para procedimentos eletivos realizados em Ambiente hospitalar por Imperativo Clínico os ossos humanos e enxertos utilizados para enxertos, terão seus custos cobertos integralmente pelo beneficiário, sem interferência da Fundação Copel.
- Cobertura limitada a 6 (seis) elementos para implantes, 6 (seis) próteses sobre implantes (incluindo pânticos), 6 (seis) enxertos e 6 (seis) membranas, 6 (seis) intermediários protéticos sobre implante, independente da arcada dentária em que são realizados, 2 (duas) próteses totais overdenture sobre implantes, 2 (dois) protocolos Branemark a cada ano de contrato e não cumulativos.
- Não serão autorizadas pela administração do plano, as próteses totais em metalo-cerâmica sobre implantes que venham a substituir uma arcada inteira de dentes, sejam com coroas unidas, isoladas ou em grupos.
- Não será autorizada extração de dentes onde seja possível a instalação de prótese fixa, com a finalidade de colocação de implantes em seu lugar.
- A limitação é administrativa (independente da indicação técnica) e o ano de contrato para a cobertura do item 05 corresponde ao período compreendido de 01 de dezembro a 30 de novembro do ano seguinte (vigência do plano de saúde).



7. A carência para a substituição do implante é de 10 anos (3650 três mil e seiscentos e cinquenta dias) independente do motivo que levou a necessidade da troca.
8. A carência para a substituição das próteses sobre implantes é de 5 anos (1825 mil e oitocentos e vinte cinco dias), desde que haja indicação técnica.
9. Nos casos de inadaptação quanto ao implante ou prótese é do livre arbítrio do beneficiário em refazer os procedimentos e serviços com outro profissional, dentro dos prazos estipulados para repetição de cada procedimento constante no Referencial de Serviços Odontológicos da Fundação Copel, sendo que os custos do segundo e sucessivos tratamentos serão da responsabilidade do beneficiário.
10. No caso de insucesso do implante, dentro de até 01 ano após sua realização, este deve ser substituído pelo profissional que realizou sem ônus para o beneficiário. A cobertura de implante é para 1 a cada 10 anos no mesmo dente, casos de insucesso ficam fora da cobertura.
11. Enviar as radiografias para o Auditor das etapas cirúrgica e protética.

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
82000620	Enxerto com osso liofilizado	DENTE	Liberado para casos de reabsorção óssea. Considerar um enxerto para até dois elementos implantes contíguos. Não é cabível em casos de reposição, com osso retirado da área do implante, incluso material utilizado na técnica. Não liberado associado a fase cirúrgica de implante com objetivo de fechamento de gaps radiculares.	Inicial/final - RX	367,67
6007	Enxerto ósseo em bloco - autógeno ou não autógeno.	SEG	Inclui a retirada de osso da área doadora intra-bucal e parafuso de fixação, incluso material utilizado na técnica.	Inicial/final - RX	882,40
82001243	Regeneração tecidual guiada - RTG	SEG	Considerar a partir de 2 elementos contíguos. ex.: 16,15.	Inicial/final - RX	330,90
82001138	Reabertura colocação de cicatrizador.	DENTE			88,24
82000980	Implante ósseo integrado	DENTE	Observar os códigos protéticos específicos para elementos implantados. Permitido 6 elementos por ano de contrato a cada 10 anos, (3650 três mil, seiscentos e cinquenta dias).	Inicial/final - RX	1.071,40
85500216	Plasma rico em plaquetas (PRP)	HEMIARCO	Liberado para casos em que serão implantados acima de 2 elementos na mesma hemiarcada. não autorizado para implantes individuais, para auditoria final e faturamento deverá constar ato descritivo com assinatura e carimbo do bioquímico/enfermeiro responsável pela confecção do plasma, ou certificado do dentista.	Inicial/final	411,79
82001049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno .	HEMIARCO	Inclui a retirada de osso da área doadora intra-bucal. Incompatível com o código 82000620.	Inicial/final - RX	808,89
82001057	Levantamento do seio maxilar com osso homólogo .	HEMIARCO	Incompatível com o código 82000620, incluso material utilizado na técnica.	Inicial/final - RX	808,89
82001065	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado.	DENTE	Para levantamento de seio pela técnica de Summers, mesmo que não seja utilizado osso liofilizado, incluso material utilizado na técnica.	Inicial/final - RX	367,67
82001324	Remoção de implante dentário não ósseo integrado.	DENTE	A cobertura para novo implante se dará somente depois de decorrido o prazo de 10 anos (3650 três mil, seiscentos e cinquenta dias).	Inicial/final - RX	110,32



82001332	Remoção de implante dentário ósseo integrado o seio maxilar.	DENTE	A cobertura para novo implante se dará somente depois de decorrido o prazo de 10 anos (3650 três mil, seiscentos e cinquenta dias).	Inicial/final – RX	110,32
----------	--	-------	---	--------------------	--------

IMPLANTODONDIA - FASE PROTÉTICA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
85500070	Intermediário protético para implantes	DENTE	Mediante comprovação (radiográfica ou fotográfica) na fase de. As UCLAs calcináveis e a sobre-fundição do munhão, estão inclusas no valor da Coroa Metal-Cerâmica e da Coroa Metal-Plástica sobre Implante, não podendo ser utilizado este código. Um a cada 05 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final - RX	323,56
6010	Attachment bola	DENTE	A cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final	170,81
6011	O`ring para prótese total	DENTE	As eventuais substituições dos anéis de silicone ou similares não são cobertas pelo plano. A cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final	125,00
85500208	Barra/clip	SEG	Inclui a barra, parafusos e os clips. Até 3 implantes. As eventuais substituições dos cliques ou similares não são cobertos pelo plano. A cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final	810,23
85400130	Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - Cerômero	DENTE	Já inclui os componentes necessários para sua execução e a cobertura dos parafusos. Não pode ser utilizado como prótese provisória. Uma a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final – RX e foto.	685,58
85500038	Coroa total metalo cerâmica sobre implante	DENTE	Já inclui os componentes necessários para sua execução e a cobertura dos parafusos. Uma a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final – RX e foto.	885,03
85500011	Coroa provisória sobre implante	DENTE	Cobertura para cargas tardia quando provisório permanecer pelo menos 3 meses. Para carga imediata, somente até primeiros pré-molares, quando a estética for imprescindível. Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias.	Inicial/final - Foto	220,60
85500127	Prótese metalo cerâmica parcial fixa implanto suportada.	DENTE	Uma a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias). Não autorizada para reconstrução de arcada	Inicial/final – Foto.	804,71
85500097	Overdenture barra clipe ou O`ring sobre dois implantes	AS e/ou AI	Elementos de união ao implante cobrados à parte, conforme o tipo de prótese (O`ring ou Barra-clip). Um a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final - RX	1.209,12
85500119	Overdenture barra clipe ou O`ring sobre três implantes	AS e/ou AI	Elementos de união ao implante cobrados à parte, conforme o tipo de prótese (O`ring ou Barra-clip). Um a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final	1.209,12
85500100	Overdenture barra clipe ou O`ring sobre quatro ou mais implantes	AS e/ou AI	Elementos de união ao implante cobrados à parte, conforme o tipo de prótese (O`ring ou Barra-clip). Um a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final - RX	1.209,12



85500160	Protocolo Branemark para 4 implantes	AS e/ou AI	Não contempla os minipilares (intermediários protéticos) Inclui as uclas + barra fundida + dentes+ análogos + parafusos, para elementos implantados. OBRIGATÓRIO TERMO LIVRE ESCLARECIDO CONTENDO INFORMAÇÃO DE SATISFAÇÃO QUANTO A OCLUSÃO E COR DOS DENTES Um a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final – Foto e rx.	4.587,17
85500178	Protocolo Branemark para 5 implantes	AS e/ou AI	Não contempla os minipilares (intermediários protéticos) Inclui as uclas + barra fundida + dentes+ análogos + parafusos, para elementos implantados. OBRIGATÓRIO TERMO LIVRE ESCLARECIDO CONTENDO INFORMAÇÃO DE SATISFAÇÃO QUANTO A OCLUSÃO E COR DOS DENTES Um a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final – foto e rx.	5.210,42
85500089	Manutenção de prótese sobre implantes	SESSÃO	1) Somente para protocolo Branemark ou implantes individuais acima de 04; 2) Uma vez a cada 06 meses; 3) Compreende a remoção, raspagem de indutos ou cálculo, polimento, profilaxia, recolocação e cobertura dos parafusos; 4) Eventuais substituições de parafusos não estão inclusas e não são cobertas pelo plano.	inicial através de foto.	264,72

URGÊNCIA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
85200034	Pulpectomia	DENTE	Consiste na abertura de câmara pulpar, remoção da polpa, e curativo de demora. Não pode ser cobrado em caso de continuidade do tratamento endodôntico pelo mesmo profissional, a menos que devidamente justificada a urgência.		80,90
85300080	Tratamento de pericoronarite	DENTE			95,59
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	SEG	Incompatível com os códigos de raspagem supra e sub-gengival.		95,59
82001650	Tratamento de alveolite	DENTE	Consiste na curetagem e limpeza do alvéolo dentário e aplicação de medicamento.		95,59
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	SEG	Consiste na curetagem, sutura e aplicação de hemostático.		95,59
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	SEG	Consiste na curetagem e sutura do alvéolo dentário. Não pode ser cobrado quando a exodontia foi realizada pelo mesmo profissional.		73,53

CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAIS



OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE

1. A solicitação deverá ser encaminhada à Fundação Copel com a codificação TUSS e com a justificativa clínica da indicação do procedimento, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país.
2. Encaminhar também a relação de materiais descartáveis a serem utilizados indicando pelo menos 3 empresas fornecedoras para cotação dos materiais pela Fundação Copel, sendo vedado ao requisitante a exigência de marca comercial ou fornecedor exclusivo.
3. A liberação dos materiais se dará em acordo com a RE/ANVISA nº 2605/2006, que estabelece a lista de produtos de uso único proibidos de serem reprocessados.
4. Deverá anexar a documentação radiográfica incluindo imagens e laudos.
5. Esta documentação seguirá para análise da Auditoria Técnica e posteriormente para análise administrativa da Fundação Copel.
6. Esta classificação constitui referência para acomodações hospitalares coletivas, ficando prevista a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento.
7. Há cobertura para os atos cirúrgicos por se tratar de procedimentos hospitalares, conforme código TUSS.
8. Aparelhos ortodônticos, assim como os custos de sua manutenção fazem parte das exclusões de cobertura regulamentar.
9. Deverá ser apresentada a radiografia panorâmica final para comprovação dos materiais de fixação implantados e previamente liberados.
10. Cirurgias Buco Maxilo Faciais, as quais se refiram a extrações de terceiros molares, sejam eles, inclusos ou semi-inclusos, que por imperativo clínico tiverem indicação de serem realizadas em ambiente hospitalar, serão pagas somente pelos códigos 82001286, 82001294 do Referencial Odontológico.

Código	Procedimento	Auditoria	Auxiliar	Porte Anestésico	Valor
30204020	Excisão de glândula Submandibular	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	3	742,35
30207010	Redução de Fraturas do Malar (sem fixação).	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	1	436,40
30207029	Redução de Fraturas do Malar (com fixação).	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	3	947,35
30207037	Redução de Fratura de Seio Frontal (acesso frontal)	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	3	893,56
30207045	Redução de Fratura de Seio Frontal (acesso coronal)	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	3	893,56
30207061	Fratura do Arco Zigomático – Redução Instrumental sem fixação.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	2	377,39
30207088	Fratura Simples de Mandíbula com contenção e bloqueio intermaxilar eventual.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	3	891,45
30207096	Fratura Simples de Mandíbula – Redução Cirúrgica com Fixação Óssea e Bloqueio Intermaxilar Eventual.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	4	947,35
30207100	Fratura Naso Etmoido Orbito-Etmoidal.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	5	1.035,88



30207118	Fratura Cominutiva de Mandíbula-Redução Cirúrgica com Fixação Óssea e Bloqueio Intermaxilar Eventual.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.140,44
30207126	Fraturas Complexas de Mandíbula – Redução Cirúrgica com Fixação Óssea e Eventual Bloqueio Intermaxilar	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.327,86
30207134	Fraturas Alveolares – Fixação com Aparelho e Contenção.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	2	377,39
30207142	Fratura de Maxila, Tipo Lefort I e II – Redução e Aplicação de Levantamento Zigomático-Maxilar com Bloqueio Intermaxilar eventual.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	3	947,35
30207150	Fratura de Maxila, Tipo Lefort III – Redução e Aplicação de Levantamento Crânio-Maxilar Com Bloqueio Intermaxilar eventual.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	4	1.035,88
30207169	Fratura Lefort I – Fixação Cirúrgica com Síntese óssea, Levantamento e Bloqueio Intermaxilar Eventual.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	4	947,35
30207177	Fratura Lefort II – Fixação Cirúrgica com Síntese óssea, Levantamento e Bloqueio Intermaxilar Eventual.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	900,52
30207185	Fratura Lefort III – Fixação Cirúrgica com Síntese óssea, Levantamento Crânio-Maxilar e Bloqueio intermaxilar eventual.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.225,36
30207193	Faturas múltiplas de terço médio da face; fixação cirúrgica com síntese óssea, levantamento crânio maxilar e bloqueio.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.473,83
30207207	Fraturas complexas do terço médio da face, fixação cirúrgica com síntese, levantamento crânio maxilar , enxerto ósseo, halo craniano eventual.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	6	1.473,83
30207215	Retirada do meio de fixação (na face).	Inicial/Final – Foto ou RX.		2	192,58
30207223	Tratamento conservador de fratura de ossos.	Inicial/Final – Foto ou RX.			324,59
30207231	Redução de luxação do ATM.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	2	262,47
30208017	Artroplastia para luxação redicivante da articulação Temporo-Mandibular.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.035,88
30208025	Osteoplastia para prognatismo, micrognatismo ou laterognatismo.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.035,88
30208033	Osteotomias alvéolo palatinas.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	3	1.035,88
30208041	Osteotomias segmentares da maxila ou malar.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	4	1.035,88
30208050	Osteotomia tipo Lefort I.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	4	984,68
30208068	Osteotomia tipo Lefort II.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.225,36
30208076	Osteotomia tipo Lefort III – extracraniana.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.327,86
30208084	Osteotomia crânio maxilares complexas.	Inicial/Final – Foto ou RX.	3	6	1.473,83
30208092	Redução simples da luxação da articulação Temporo-Mandibular com fixação intermaxilar.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	2	436,41
30208106	Reconstrução parcial da mandíbula com prótese e ou enxerto ósseo.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.327,86
30208114	Reconstrução total de mandíbula com prótese e ou enxerto ósseo.	Inicial/Final – Foto ou RX.	3	6	1.473,83



30208122	Tratamento cirúrgico de anquilose da articulação têmporo- mandibular.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	4	1.473,83
30208130	Translocação etmoide orbital para tratamento do hipertelorismo miocutâneo associado a expensor de tecido – por lado.	Inicial/Final – Foto ou RX.	3	6	1.559,26
30209013	Osteoplastias etmoide orbitais.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.225,36
30209021	Osteoplastias de mandíbula.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.141,49
30209030	Osteoplastias do arco zigomático.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	3	947,53
30209048	Osteoplastias da orbita.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.327,86
30209056	Correção cirúrgica de depressão (afundamento) da região frontal.	Inicial/Final – Foto ou RX.	2	5	1.327,86
30210011	Hemiatrofia facial, correção com enxerto de gordura ou implante.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	5	1.035,88
30210020	Correção de tumores, cicatrizes ou ferimentos com o auxílio de expansores de tecidos – por estágio.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	5	1.035,88
30210070	Reconstrução com retalhos axiais supra orbitais e supratrocleares.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	6	947,53
30210089	Reconstrução com retalho axial da artéria temporal superficial.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	6	947,53
30210097	Reconstrução com retalhos em VY de pedículo subarterial.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	6	947,53
30210100	Reconstrução com rotação do musculo temporal.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	6	1.141,49
30210119	Exérese de tumor maligno de pele.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	2	262,47
30210127	Exérese de tumor benigno, cisto ou fistula.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	3	220,53
30710014	Retirada de fios ou pinos metálicos trans ósseos.	Inicial/Final – Foto ou RX.		1	192,58
30713153	Artroscopia para diagnóstico com ou sem biopsia sinovial.	Inicial/Final – Foto ou RX.	1	3	400,69

Importante

A Fundação Copel reembolsa 75% do valor máximo da tabela para tratamento clínico e 50% para tratamentos de prótese e implantes odontológicos, conforme regulamento do plano.

Ficou com alguma dúvida? A nossa Central de Atendimento está sempre disponível para te ajudar. Entre em contato pelo telefone 0800 602 0225 ou pelo e-mail fundacao@fcopel.org.br, ou ainda em qualquer Escritório Regional.