

REFERENCIAL ODONTOLÓGICO - FUNDAÇÃO COPEL

Vigência 16/04/2026

REGRAS GERAIS DA AUDITORIA ODONTOLÓGICA

O beneficiário, ao assinar a GTO, está ciente da sua corresponsabilidade quanto à satisfação do tratamento e quanto às coberturas dispostas no Referencial Odontológico do PROSAÚDE II/III/IV.

1. Deverão ser encaminhados à Auditoria Técnica, todos os procedimentos sinalizados como auditáveis no Referencial de Serviços Odontológicos, sendo que o beneficiário, ao assinar a GTO, está ciente da sua corresponsabilidade quanto à satisfação do tratamento e quanto às coberturas dispostas no Referencial Odontológico do PROSAÚDE II/III/IV.
2. Sempre que necessário, a Fundação Copel poderá solicitar Auditoria Técnica através de justificativas, imagens complementares e ou laudos em qualquer tempo de tratamento e independente do seu valor.
3. Deverão ser encaminhados à Auditoria Técnica todos os exames e laudos que se fizerem necessários para análise quantitativa e qualitativa dos procedimentos.
4. Tratamentos como extrações seriadas, extrações para realização de Protocolo, trocas de coroas, troca de prótese tipo Protocolo, bem como tratamentos extensos, exigem envio de Termo livre esclarecido contendo todas as informações pertinentes ao caso. Documento disponível no link: (<https://prestador.fcopel.org.br/wp-content/uploads/2026/04/Termo-de-Consentimento-Odontologia-F.-Copel.pdf>)
5. Tratamentos extensos podem ser enviados para faturamento antes da conclusão de todos os procedimentos, desde que a Guia tenha passado pela Auditoria Final.
6. Procedimentos já realizados e autorizados na guia podem ser faturados parcialmente.
7. As Guias autorizadas na Auditoria Inicial, terão prazo de 50 dias para iniciar o tratamento, após isto a Auditoria Inicial perderá a validade.
8. As Guias autorizadas pela Auditoria Final devem ser enviadas para Faturamento no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a aprovação.
9. O presente Rol é eminentemente de natureza ambulatorial. Se houver imperativo clínico para realização em ambiente hospitalar, a justificativa formalizada do médico e do dentista deverá ser analisada previamente pela Auditoria. Para efeito de cobrança, a fatura hospitalar deve

- apresentar também a cobrança dos honorários do profissional com a justificativa do imperativo clínico, devidamente analisada pela Auditoria (cobrança consolidada).
10. Para os trabalhos realizados por Clínica Pessoa Jurídica, o profissional executante deve pertencer ao Corpo Clínico cadastrado na Fundação Copel, sob pena de descredenciamento do Prestador.
 11. Conforme a Cláusula contratual, não devem ser feitas cobranças adicionais sobre os serviços cobertos por esta tabela, inclusive sob a alegação que o material coberto é inferior.
 12. Todo procedimento que estiver dentro do período de até 1 ano da realização, que por técnica incorreta, apresentar problemas dentro deste período, deve ser refeito pelo profissional que realizou (sem ônus ao beneficiário) ou restituído à Fundação Copel para que o beneficiário procure outro profissional.
 13. As Auditorias Odontológicas serão realizadas exclusivamente na modalidade On-line, por meio de avaliação eletrônica via portal Tasy HTML - <https://tasy.fcopel.org.br/#/>.
 14. As radiografias para Auditoria Inicial devem ter no máximo 12 meses de realização.
 15. Considerando a ampla rede de prestadores, informamos que a opção por realizar tratamentos fora da rede para posterior reembolso ou realizar pagamentos particulares de procedimentos não autorizados pelo plano, exime o mesmo da responsabilidade quanto aos procedimentos realizados.
 16. Para maiores esclarecimentos, dúvidas e/ou treinamentos, entre em contato com o NAPP via e-mail: napp@fcopel.org.br.

DIAGNÓSTICO

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria
81000065	Consulta odontológica inicial	SESSÃO	Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias para o mesmo profissional.	Autorização automática
81000049	Consulta odontológica de urgência	SESSÃO	Obrigatório informar a data e horário de atendimento na guia. A mesma deve conter somente os procedimentos executados no atendimento da urgência.	Autorização automática
81000057	Consulta odontológica de urgência 24hs	SESSÃO	Sábados, Domingos e Feriados. Urgência Noturna, em dias úteis, das 20:00 às 06:00 horas. Obrigatório informar a data e horário de atendimento na guia. A mesma deve conter somente os procedimentos executados no atendimento da urgência.	Autorização automática
81000189	Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico	SESSÃO	1) Para avaliação e plano de tratamento específico das especialidades de Estomatologia, Disfunção Temporomandibular e Dor Oro-facial e Patologia Bucal, Atendimento Hospitalar e Home Care. Desde que acordado no contrato de serviço; 2) Inclui uma reconsulta no prazo de 30 dias, para avaliação da eficácia do tratamento e/ou avaliação de possíveis exames complementares.	Auditoria Final – Anexo de relatório.

RADIOLOGIA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria
81000421	Radiografia periapical	DENTE	Desde que não contíguos.	Autorização automática
81000375	Radiografia interproximal - <i>bite-wing</i>	RPME/ RPMD/ RME/ RMD.	Limitado a 2 quantidades por lado. A cada 180 (cento e oitenta) dias.	Autorização automática
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.	Autorização automática
81000383	Radiografia oclusal	AS e/ou AI	A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Autorização automática
81000430	Radiografia pósterio-anterior	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Autorização automática
81000340	Radiografia da ATM	HASD/HASE	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.	Autorização automática
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/Ortodontia e acima de 3 implantes. A cada 365 dias.	Autorização automática
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 dias.	Autorização automática
81000472	Telerradiografia	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Justificar a solicitação. A cada 365 dias.	Autorização automática
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Justificar a solicitação. A cada 365 dias.	Autorização automática
81000367	Radiografia da mão e punho - carpal	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Com laudo de identificação de idade óssea. A cada 365 dias.	Autorização automática
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 dias.	Autorização automática
331	Tomografia Odontológica CONE BEAM - para ATM - Volumétrica	HEMIARCO	Para cobrança anexar a justificativa da solicitação em receituário e laudo. Por hemiarco lado direito e/ou lado esquerdo, a cada 365 dias.	Autorização automática
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 dias.	Autorização automática
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 dias.	Autorização automática
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 dias.	Autorização automática

Classificação da Informação: { } Confidencial { } Restrito { } Uso Interno { } Corporativo { } Público

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. (procedimento excludente)

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria
84000198	Profilaxia: polimento coronário	AS e/ou AI	Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias.	Autorização automática
84000090	Aplicação tópica de flúor	AS E/OU AI	Um a cada 180 (cento e oitenta) dias. Para aplicação em adultos obrigatório preencher campo 49 com justificativa.	Autorização automática
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.	Autorização automática
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores.	SESSÃO	Incompatível com os demais códigos de atividade bucal. Liberado até 12 anos de idade. Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Autorização automática
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.	Autorização automática
84000244	Teste de fluxo salivar	SESSÃO	Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias. Descrevendo a técnica utilizada na GTO.	Auditoria Final – Anexo termo de realização.
84000252	Teste do ph salivar	SESSÃO	Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias. Descrevendo a técnica utilizada na GTO.	Auditoria Final – Anexo termo de realização.
84000031	Aplicação de cariostático	SESSÃO	Ambas arcadas. A cada 180 (cento e oitenta) dias. Liberado para crianças até 12 anos de idade	Autorização automática
84000201	Remineralização	SESSÃO	Remineralização de "Manchas Brancas Ativas". Incompatível com cobrança de aplicação de flúor e dessensibilização dentária. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Autorização automática
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	DENTE	Para dentes decíduos ou dentes permanentes Liberado até 15 anos de idade. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Autorização automática
84000074	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras	DENTE	Para dentes decíduos ou dentes permanentes Liberado até 15 anos de idade. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Autorização automática
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	HEMIARCO	A cada 180 (cento e oitenta) dias. Incompatível com os Códigos 8400090 / 84000201.	Autorização automática

ODONTOPEDIATRIA

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE

1. ODONTOPEDIATRIA – Indicada para beneficiários de até 14 anos e pacientes PCD.

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	DENTE		Auditoria Final - Foto
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	DENTE		Auditoria Final - Foto
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	DENTE		Auditoria Final - Foto
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	DENTE		Autorização automática
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	DENTE		Autorização automática
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.	Autorização automática
83000089	Exodontia simples de decíduo	DENTE		Autorização automática
83000097	Mantenedor de espaço fixo	SEG	Um a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Auditoria Final - Foto
83000100	Mantenedor de espaço removível	SEG	Um a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Auditoria Final - Foto
81000014	Condicionamento em Odontologia	SESSÃO	Até 3 sessões/ano. Incompatível com cobrança de consulta odontológica inicial no mesmo dia. Liberação até 6 anos de idade.	Autorização automática
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	SESSÃO	Até 3 sessões/ano. Incompatível com cobrança de consulta odontológica inicial no mesmo dia.	Autorização automática
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	SEG		Autorização automática
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica.	SESSÃO	Justificar na cobrança	Auditoria Inicial - (a partir da 2º sessão).
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia.	SESSÃO	Justifica em cobrança	Auditoria Inicial - (a partir da 2º sessão).

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. 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.

Para casos em que seja necessário mais de uma restauração para o mesmo dente, as mesmas devem ser lançadas em guias separadas;

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	DENTE	Vide Observações.	Autorização automática
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	DENTE	Vide Observações.	Autorização automática
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	DENTE	Vide Observações.	Autorização automática
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	DENTE	Vide Observações.	Autorização automática
85100048	Colagem de fragmentos dentários	DENTE	Recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.	Auditoria Inicial e Final - Foto
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	DENTE	Vide Observações.	Autorização automática
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	DENTE	Vide Observações.	Autorização automática
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	DENTE	Vide Observações.	Autorização automática
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	DENTE	Vide Observações.	Autorização automática
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	DENTE	Não é válido para base de restaurações.	Autorização automática
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	DENTE	Não é válido para base de restaurações.	Autorização automática
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	DENTE	Não é válido para base de restaurações.	Autorização automática
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	DENTE	Não é válido para base de restaurações.	Autorização automática

85100080	Restauração atraumática em dente permanente	DENTE	Em caso de cáries generalizadas, objetivando a eliminação de sítios de retenção e controle do processo cariioso. Não pode ser cobrada na mesma guia da restauração definitiva.	Autorização automática
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	DENTE	Em dentes vitais. Incompatível com códigos	Autorização automática
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	DENTE	Inclui possíveis restaurações proximais ou 2 ângulos. Somente para casos onde estão esgotadas as possibilidades de restauração simples .	Auditoria Inicial e Final - Foto
85100242	Adequação do meio bucal	SESSÃO	A cada 180 (cento e oitenta) dias.	Autorização automática

ENDODONTIA

REGRAS GERAIS PARA A ESPECIALIDADE

Radiografias inicial e final estão incluídas no valor do procedimento. Será permitida, somente a cobrança de até três radiografias, por dente.

1. O clareamento será autorizado para dentes permanentes, escurecidos por sequela de tratamento endodôntico.

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria. Liberado uma única vez.	Auditoria Final - RX
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria. Liberado uma única vez.	Auditoria Final - RX
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria. Liberado uma única vez.	Auditoria Final - RX
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria. Liberado uma única vez.	Auditoria Inicial e Final - RX
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria. Liberado uma única vez.	Auditoria Inicial e Final - RX
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	Auditoria Inicial e Final - RX
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	DENTE		Auditoria Inicial - RX
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	DENTE		Auditoria Inicial - RX
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	DENTE		Auditoria Final - RX
85200123	Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar	SESSÃO	Por Sessão. Máximo 3 (três) sessões. Exclui o pagamento de consulta a partir da 2ª sessão.	Auditoria Inicial - RX
85200018	Clareamento de dente desvitalizado	DENTE	Por dente.	Auditoria Inicial - Foto

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.	Auditoria Inicial - RX
85200042	Pulpotomia	DENTE		Autorização automática
85100013	Capeamento pulpar direto	DENTE		Autorização automática

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 (dente 18 ao 14), S-2 (dente 13 ao 23), S-3 (dente 24 ao 28), S-4 (dente 38 ao 34), S-5 (dente 33 ao 43), S-6 (dente 44 ao 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 sejam excludentes entre si.

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (placa bacteriana)	SEG	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.	Autorização automática
85300047	Raspagem supra-gengival	SEG	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. Liberado a partir de 12 anos de idade. A cada 180 (cento e oitenta) dias.	Autorização automática
85300039	Raspagem sub-gengival / alisamento radicular	SEG	Bolsas a partir de 4 mm com sangramento. 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. Liberado a partir de 15 anos. A cada 180 (cento e oitenta) dias.	Auditoria Inicial - através de foto da boca e/ou periograma e/ou panorâmica.

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, evidênciação de placa, aplicação tópica de flúor; 3) No período de liberação não poderá ser concomitante aos demais tratamentos periodontais não cirúrgicos. A cada 90 (noventa) dias com limite de três procedimentos consecutivos.	Auditoria Inicial - através de foto da boca e/ou panorâmica.
85300012	Dessensibilização dentária	ASAI	Incompatível com aplicação tópica de flúor. A cada 180 (cento e oitenta) dias.	Autorização automática
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	SEG	Por segmento.	Auditoria Final - Foto.
82000921	Gengivectomia	SEG	Incompatível com Cirurgia a Retalho, Gengivoplastia e Aumento de Coroa Clínica e Cunha Proximal no mesmo segmento. A cada 365 dias.	Auditoria Inicial - Foto
82000948	Gengivoplastia	SEG	Incompatível com Cirurgia a Retalho, Gengivectomia e Aumento de Coroa Clínica no mesmo segmento. A cada 365 dias	Auditoria Inicial - Foto
82001685	Tunelização	DENTE	Em dentes multirradiculares com raízes divergentes e lesão de furca grau II ou III com ou sem tratamento endodôntico.	Auditoria Inicial - Foto
82000212	Aumento de coroa clínica	DENTE	Incompatível com o procedimento Cirurgia a Retalho no mesmo segmento. Inclui raspagem do dente.	Auditoria Inicial e Final - Foto
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 180 dias.	Auditoria Inicial - Foto e/ou RX
82000557	Cunha proximal	DENTE	Somente em região retro- molar. incompatível com exodontia e remoção de dentes inclusos ou semi inclusos.	Autorização automática
82001073	Odonto-secção	DENTE	Apresentação de RX inicial.	Auditoria Inicial - RX.
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	DENTE	Odonto-secção inclusa.	Autorização automática
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	DENTE	Odonto-secção inclusa.	Autorização automática
82001464	Sepultamento radicular	DENTE		Autorização automática
82000689	Enxerto pediculado	DENTE	A cada 365 dias	Auditoria Inicial e Final - Foto
82000662	Enxerto gengival livre	DENTE	A cada 365 dias	Auditoria Inicial e Final - Foto
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.	Auditoria Inicial - Justificativa

Classificação da Informação: [] Confidencial [] Restrito [] Uso Interno [] Corporativo [] Público

85400017	Ajuste Oclusal por acréscimo	SESSÃO	A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Auditoria Inicial – Justificativa
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda – guna.	SEG		Autorização automática

DISFUNÇÃO DA ATM

OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE

1. A cobertura de tratamento de Disfunção de ATM pelo plano, contempla apenas a consulta inicial com a descrição do código 81000189 - Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico e a placa miorelaxante.
2. A placa miorelaxante e/ou estabilizadora é específico para o material 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
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Tempororo-Mandibular (ATM)	SESSÃO	Procedimento ambulatorial em emergências quando do deslocamento da mandíbula. Para faturamento, incluir Termo de Ciência assinado na guia.	Autorização automática
85400246	Órtese miorelaxante (placa oclusal estabilizadora)	REGIÃO ÚNICA	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.	Auditoria Final – Foto

PRÓTESE

OBSERVAÇÕES GERAIS DA ESPECIALIDADE

1. A cobertura para coroas e facetas ocorre somente nos casos em que os recursos restauradores convencionais estiverem esgotados.
2. Enviar as radiografias ou fotos iniciais e finais das próteses para a Auditoria. ATENÇÃO: Não serão aceitas imagens iniciais com os dentes já em fase de preparo.
3. A repetição de coroas protéticas se dará somente após decorrido o prazo, mesmo que confeccionadas de materiais diferentes das originais. Ex: ao realizar uma coroa metalo cerâmica o dente fica em carência por 5 ANOS para qualquer outro tipo de coroa.
4. O plano não cobre nenhum tipo de prótese/faceta com finalidade estética, nem próteses utilizadas apenas como substituição de peças que ainda preservavam sua função ou integridade. Também não há cobertura para próteses empregadas especificamente para corrigir oclusão, ajustar espaços Inter proximais como complemento a tratamentos ortodônticos, ou para corrigir a dimensão vertical da mordida (altura da mordida);
5. Não terão cobertura as próteses fixas em "cantiléver" (suspensas), apoiadas sobre raízes dentárias.

6. A repetição de quaisquer procedimentos 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, III e/ou IV, 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 - Núcleo metálico fundido, 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 Técnicas restauradoras convencionais.**

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria
85400556	Restauração metálica fundida	DENTE	Uma a cada 5 anos (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final - RX
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).	Auditoria Inicial e Final - Foto
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).	Auditoria Inicial e Final - Foto
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).	Auditoria Inicial e Final - Foto
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).	Auditoria Inicial e Final - Foto
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).	Auditoria Inicial e Final - Foto
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).	Auditoria Inicial e Final - Foto

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.	Auditoria Inicial - Foto
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	DENTE	Não válido para coroas provisórias e durante fase protética de coroas novas.	Autorização automática
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).	Auditoria Inicial e Final - RX
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).	Auditoria Inicial e Final - RX
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).	Auditoria Final - RX
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.	Auditoria Inicial e Final - Foto
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.	Auditoria Inicial e Final - Foto
85400092	Coroa total acrílica prensada	DENTE	Não é válido como provisória. Uma a cada 3 anos, (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final - Foto
85400114	Coroa total em Cerômero	DENTE	Uma a cada 3 anos, (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final - Foto
85400106	Coroa total em cerâmica pura Zircônia	DENTE	Metal free ou In-Ceram. Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final - RX
85400157	Coroa total metalo cerâmica	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX
85400165	Coroa total metalo plástica – Cerômero	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final - Foto
85400149	Coroa total metálica	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final - Foto
85400335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX
85400343	Prótese parcial fixa em metalo plástica	DENTE	Código utilizado para dentes que serão pânticos. Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX
85400351	Prótese parcial fixa - In-Ceram livre de metal (metal-free)	DENTE	Código utilizado para dentes que serão pânticos. Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX
85400289	Prótese fixa adesiva direta (provisória)	DENTE	Código utilizado para dentes que serão pânticos. Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final – Foto

85400300	Prótese fixa adesiva indireta em cerâmica em metal	DENTE	Um pântico e duas aletas. Uma a cada 5 anos, (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final – RX
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).	Auditoria Inicial e Final – RX
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).	Auditoria Inicial e Final – Foto
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.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.
85400386	Prótese parcial removível com grampos, bilateral	AS e/ou AI	Uma a cada 3 anos. (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.
6013	Prótese parcial removível com grampos, unilateral	AS e/ou AI	Uma a cada 3 anos. (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.
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).	Auditoria Inicial e Final – Foto
4270	Encaixe Macho ou Fêmea (por encaixe)	DENTE	Nas Coroas. O encaixe da estrutura já está incluso no valor da PPR.	Auditoria Inicial – Foto
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).	Auditoria Inicial e Final – Foto
85400416	Prótese total imediata	AS e/ou AI	Logo após as extrações. Como fase provisória em casos de PROTOCOLO BRANEMARK A cada 1825 dias	Auditoria Inicial – Foto
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em laboratório)	AS e/ou AI	A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Autorização automática
85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	AS e/ou AI		Auditoria Inicial - Justificativa
85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em laboratório)	AS e/ou AI		Auditoria Inicial - Justificativa
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.	Autorização automática
87000040	Coroa de acetato em dente permanente.	DENTE	A cada 1825 dias.	Auditoria Inicial - RX
87000059	Coroa de aço em dente permanente.	DENTE	A cada 1825 dias.	Auditoria Inicial - RX

87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente.	DENTE	A cada 1825 dias.	Auditoria Inicial - RX
----------	---	-------	-------------------	------------------------

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, toaleta 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
82000875	Exodontia simples de permanente	DENTE	Incompatível com a cobrança dos códigos exodontia a retalho e exodontia de raiz residual.	Auditoria Inicial para quantidade superior a 3 elementos na mesma solicitação- RX
82000816	Exodontia a retalho	DENTE	Exodontia de dentes normalmente implantados que exigem a abertura cirúrgica prévia da gengiva.	Auditoria Inicial para quantidade superior a 3 elementos na mesma solicitação- RX
82000859	Exodontia de raiz residual	DENTE	Extração dentária da porção radicular de dentes que já não possuem mais a parte coronária.	Auditoria Inicial para quantidade superior a 3 elementos na mesma solicitação- RX
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.	Auditoria Inicial - RX
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.	Auditoria Inicial - RX

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.	Auditoria Inicial - RX
82000034	Alveoplastia	SEG	Consiste em corrigir cirurgicamente os alvéolos dentários após a realização de extrações múltiplas, com finalidade protética. A cada 365 dias	Auditoria Inicial - RX
82000239	Biópsia de boca	SESSÃO	Incisional. Se a lesão for retirada completamente (biopsia excisional), deve ser cobrado o código correspondente ao procedimento Ex: Excisão de mucocele etc. A cada 365 dias	Auditoria Inicial - Foto
82000247	Biópsia de glândula salivar.	SESSÃO	A cada 365 dias	Auditoria Inicial - Foto
82000255	Biópsia de lábio	SESSÃO	A cada 365 dias	Auditoria Inicial - Foto
82000263	Biópsia de língua.	SESSÃO	A cada 365 dias	Auditoria Inicial - Foto
82000271	Biópsia de mandíbula.	SESSÃO	A cada 365 dias	Auditoria Inicial - RX
82000280	Biópsia de Maxila.	SESSÃO	A cada 365 dias	Auditoria Inicial - RX
82000190	Aprofundamento/aumento de vestibulo	AS e/ou AI	A cada 365 dias	Auditoria Inicial - Foto
82000395	Cirurgia para torus palatino	AS	A cada 365 dias	Auditoria Inicial - Foto
82000387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	HEMIARCO	A cada 365 dias	Auditoria Inicial - Foto
82000360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	AI	A cada 365 dias	Auditoria Inicial - Foto
82000182	Apicetomia unirradicular sem obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final. A cada 365 dias TÉCNICA COBERTA PELO PLANO É A CIRÚRGICA CONVENCIONAL, E NÃO POR LASER	Auditoria Inicial e Final - RX
82000174	Apicetomia unirradicular com obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final. A cada 365 dias TÉCNICA COBERTA PELO PLANO É A CIRÚRGICA CONVENCIONAL, E NÃO POR LASER	Auditoria Inicial e Final - RX
82000085	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final. A cada 365 dias TÉCNICA COBERTA PELO PLANO É A CIRÚRGICA CONVENCIONAL, E NÃO POR LASER	Auditoria Inicial e Final - RX
82000077	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final. A cada 365 dias TÉCNICA COBERTA PELO PLANO É A CIRÚRGICA CONVENCIONAL, E NÃO POR LASER	Auditoria Inicial e Final - RX
82000166	Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final. A cada 365 dias TÉCNICA COBERTA PELO PLANO É A CIRÚRGICA CONVENCIONAL, E NÃO POR LASER	Auditoria Inicial e Final - RX
82000158	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final. A cada 365 dias TÉCNICA COBERTA PELO PLANO É A CIRÚRGICA CONVENCIONAL, E NÃO POR LASER	Auditoria Inicial e Final - RX
82000883	Frenulectomia labial	SESSÃO		Auditoria Inicial - Foto
82000891	Frenulectomia lingual	SESSÃO		Auditoria Inicial - Foto

82000905	Frenulotomia Labial	SESSÃO		Auditoria Inicial - Foto
82000913	Frenulotomia Lingual	SESSÃO		Auditoria Inicial - Foto
82000298	Bridectomia	AS e/ou AI		Auditoria Inicial - Foto
82000301	Bridotomia	AS e/ou AI		Auditoria Inicial - Foto
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	SEG	Comprovar c/ RX. A cada 365 dias	Auditoria Inicial - RX
82000808	Exérese ou excisão de rânula	SESSÃO	A cada 365 dias	Auditoria Inicial - RX e/ou Foto
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	SESSÃO	Comprovar c/ RX. A cada 365 dias	Auditoria Inicial - RX e/ou Foto
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	SESSÃO	A cada 365 dias	Auditoria Inicial - RX e/ou Foto
82001030	Incisão e Drenagem intraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	SESSÃO	A cada 365 dias	Autorização automática
82001022	Incisão e Drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	SESSÃO	A cada 365 dias	Autorização automática
82000441	Coleta de raspado em lesões de sítios específicos da região bucomaxilofacial	SESSÃO	A cada 365 dias	Autorização automática
82001103	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial	SESSÃO		Autorização automática
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	SESSÃO	Incluída a imobilização temporária.	Autorização automática
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	SESSÃO	Incluída a imobilização temporária.	Autorização automática
82001251	Reimplante dentário com contenção	DENTE	Incluída a imobilização temporária.	Autorização automática
82001707	Ulectomia	DENTE		Auditoria Inicial - Foto
82001715	Ulotomia	DENTE		Auditoria Inicial - Foto
82001634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	AS e/ou AI	Osteoma, Odontoma e outros. Comprovar c/ RX. Por Arcada.	Auditoria Inicial - RX
82001510	Tratamento cirúrgico da fístula buco-nasal	SESSÃO		Auditoria Inicial - RX

Classificação da Informação: { } Confidencial { } Restrito { } Uso Interno { } Corporativo { } Público

82001529	Tratamento cirúrgico da fístula buco-sinusal	SESSÃO		Auditoria Inicial - RX
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e pedido do ortodontista	Auditoria Inicial - RX
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.	Autorização automática
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região bucomaxilofacial	SESSÃO		Autorização automática
82001413	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo ou submucoso da região bucomaxilofacial	SESSÃO		Autorização automática
82001430	Retirada dos meios de fixação da região bucomaxilofacial	SESSÃO		Autorização automática
82001308	Remoção de dreno extraoral	SESSÃO		Autorização automática
82001316	Remoção de dreno intraoral	SESSÃO		Autorização automática
82000352	Cirurgia para exostose maxilar.	AS		Auditoria Inicial - RX

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 desde que não esteja caracterizando reconstrução de arcada com implantes e coroas individuais ., 2 (duas)

próteses totais overdenture sobre implantes, 2 (dois) protocolos Branemark cada ano de contrato e não cumulativos. A limitação é administrativa (independente da indicação técnica) e o ano de contrato para a cobertura do item 05 corresponde ao período que se inicia sempre 1º de janeiro.

4. **ATENÇÃO:** para casos em que o beneficiário já possua implantes instalados, o planejamento deve ser feito conforme Regulamento, não sendo aceito planejamentos que caracterizem reconstrução de arcada com implantes e coroas individuais. Ex: a arcada contendo 5 ou mais implantes realizados pelo plano, não será autorizado novos implantes mesmo tendo indicação técnica.
5. 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.
6. Não será autorizada extração de dentes onde seja possível a instalação de prótese fixa, com a finalidade de colocação de implantes em seu lugar.
7. A carência para a substituição de implantes é de 10 anos (3650 três mil e seiscentos e cinquenta dias) independente do motivo que levou a necessidade da troca. Caso o beneficiário já possua quatro implantes ou mais realizados pelo plano, não será autorizado mais implantes.
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, não sendo objetivo de coberturas trocas com finalidade estética ou de correção de dimensão vertical.
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 1 a cada 10 anos no mesmo dente, casos de insucesso ficam fora da cobertura.

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria
82000620	Enxerto com osso liofilizado	DENTE	Liberado para casos de reabsorção óssea. Considerar um enxerto para até dois elementos. 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. A cada 3.650 dias	Auditoria Inicial e Final - RX
6007	Enxerto ósseo em bloco - autógeno ou não autógeno.	SEG	Considerar um enxerto para até dois elementos. Inclui a retirada de osso da área doadora intra-bucal e parafuso de fixação, incluso material utilizado na técnica. Realização única.	Auditoria Inicial e Final - RX
82001243	Regeneração tecidual guiada - RTG	SEG	Considerar a partir de 2 elementos contíguos. ex.: 16,15. A cada 3650 dias	Auditoria Inicial e Final - RX
82001138	Reabertura colocação de cicatrizador.	DENTE	A cada 3650 dias	Autorização automática.
82000980	Implante ósseo integrado	DENTE	Permitido 6 elementos por ano de contrato a cada 10 anos, (3650 três mil, seiscentos e cinquenta dias) por arcada, não cumulativos.	Auditoria Inicial e Final - RX

Classificação da Informação: { } Confidencial { } Restrito { } Uso Interno { } Corporativo { } Público

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. A cada 3.650 dias.	Auditoria Inicial e Final - RX
82001049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno.	HEMIARCO	Inclui a retirada de osso da área doadora intra-bucal. Incompatível com o código 82000620. A cada 3.650 dias.	Auditoria Inicial e Final - RX
82001057	Levantamento do seio maxilar com osso homólogo.	HEMIARCO	Incompatível com o código 82000620, incluso material utilizado na técnica. A cada 3.650 dias.	Auditoria Inicial e Final - RX
82001065	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado.	HEMIARCO	Para levantamento de seio pela técnica de Summers, mesmo que não seja utilizado osso liofilizado, incluso material utilizado na técnica. Incompatível com código 82000620. A cada 3.650 dias	Auditoria Inicial e Final - RX
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), ou seja, a cobertura para remoção de um implante não está vinculada a obrigação do plano cobrir o mesmo novamente.	Auditoria Inicial e Final - RX
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 (3.650 três mil, seiscentos e cinquenta dias).	Auditoria Inicial - RX

IMPLANTODONTIA - FASE PROTÉTICA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria
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).	Auditoria Inicial e Final - RX
6010	Attachment bola	DENTE	A cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final - Foto
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).	Auditoria Inicial e Final - Foto
85500208	Barra/clip	SEG	Inclui a barra, parafusos e os clips. Até 3 implantes. As eventuais substituições dos clips ou similares não são cobertos pelo plano. A cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final - Foto

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).	Auditoria Inicial e Final - RX
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).	Auditoria Inicial e Final - RX
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.	Auditoria Inicial e Final - Foto
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	Auditoria Inicial e Final - RX
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).	Auditoria Inicial e Final - Foto e RX.
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).	Auditoria Inicial e Final - Foto e RX.
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).	Auditoria Inicial e Final - Foto e RX.
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. Um a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final - Foto e RX.
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. Um a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	Auditoria Inicial e Final - Foto e RX.

85500089	Manutenção de prótese sobre implantes	AS e/ou AI	1) Somente para protocolo Branemark ou implantes individuais, acima de 04 implantes. 2) Compreende a remoção, raspagem de indutos ou cálculo, polimento, profilaxia, recolocação e cobertura dos parafusos; 3) Eventuais substituições de parafusos não estão incluídas e não são cobertas pelo plano.	Auditoria Inicial - Foto
----------	---------------------------------------	------------	--	--------------------------

URGÊNCIA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria
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.	Autorização automática
85300080	Tratamento de pericoronarite	DENTE		Autorização automática
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	SEG	Incompatível com os códigos de raspagem supra e sub-gengival.	Autorização automática
82001650	Tratamento de alveolite	DENTE	Consiste na curetagem e limpeza do alvéolo dentário e aplicação de medicamento.	Autorização automática
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	SEG	Consiste na curetagem, sutura e aplicação de hemostático. INCOMPATÍVEL COM CÓDIGOS DA ESPECIALIDADE ENDODONTIA	Autorização automática
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. INCOMPATÍVEL COM CÓDIGOS DA ESPECIALIDADE ENDODONTIA	Autorização automática

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 atuais de no máximo 1 ano.

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 implantados via cirúrgica assim como os custos de sua manutenção fazem parte das exclusões de cobertura conforme regulamento.
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
30204020	Excisão de glândula Submandibular	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	3
30207010	Redução de Fraturas do Malar (sem fixação).	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	1
30207029	Redução de Fraturas do Malar (com fixação).	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	3
30207037	Redução de Fratura de Seio Frontal (acesso frontal)	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	3
30207045	Redução de Fratura de Seio Frontal (acesso coronal)	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	3
30207061	Fratura do Arco Zigomático – Redução Instrumental sem fixação.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	2
30207088	Fratura Simples de Mandíbula com contenção e bloqueio intermaxilar eventual.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	3
30207096	Fratura Simples de Mandíbula – Redução Cirúrgica com Fixação Óssea e Bloqueio Intermaxilar Eventual.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	4
30207100	Fratura Naso Etmoido Orbito-Etmoidal.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	5
30207118	Fratura Cominutiva de Mandíbula-Redução Cirúrgica com Fixação Óssea e Bloqueio Intermaxilar Eventual.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30207126	Fraturas Complexas de Mandíbula – Redução Cirúrgica com Fixação Óssea e Eventual Bloqueio Intermaxial	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30207134	Fraturas Alveolares – Fixação com Aparelho e Contenção.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	2
30207142	Fratura de Maxila, Tipo Lefort I e II – Redução e Aplicação de Levantamento Zigomático-Maxilar com Bloqueio Intermaxilar eventual.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	3
30207150	Fratura de Maxila, Tipo Lefort III – Redução e Aplicação de Levantamento Crânio-Maxilar Com Bloqueio Intermaxilar eventual.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	4

30207169	Fratura Lefort I – Fixação Cirúrgica com Síntese óssea, Levantamento e Bloqueio Intermaxilar Eventual.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	4
30207177	Fratura Lefort II – Fixação Cirúrgica com Síntese óssea, Levantamento e Bloqueio Intermaxilar Eventual.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30207185	Fratura Lefort III – Fixação Cirúrgica com Síntese óssea, Levantamento Crânio-Maxilar e Bloqueio intermaxilar eventual.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30207193	Faturas múltiplas de terço médio da face; fixação cirúrgica com síntese óssea, levantamento crânio maxilar e bloqueio.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30207207	Fraturas complexas do terço médio da face, fixação cirúrgica com síntese, levantamento crânio maxilar, enxerto ósseo, halo craniano eventual.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	6
30207215	Retirada do meio de fixação (na face).	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	2
30207223	Tratamento conservador de fratura de ossos.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	2
30207231	Redução de luxação do ATM.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	2
30208017	Artroplastia para luxação redicivante da articulação Temporo-Mandibular.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30208025	Osteoplastia para prognatismo, micrognatismo ou laterognatismo.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30208033	Osteotomias alvéolo palatinas.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	3
30208041	Osteotomias segmentares da maxila ou malar.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	4
30208050	Osteotomia tipo Lefort I.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	4
30208068	Osteotomia tipo Lefort II.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30208076	Osteotomia tipo Lefort III – extracraniana.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30208084	Osteotomia crânio maxilares complexas.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	3	6
30208092	Redução simples da luxação da articulação Temporo-Mandibular com fixação intermaxilar.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	2
30208106	Reconstrução parcial da mandíbula com prótese e ou enxerto ósseo.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30208114	Reconstrução total de mandíbula com prótese e ou enxerto ósseo.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	3	6
30208122	Tratamento cirúrgico de anquilose da articulação têmporo- mandibular.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	4
30208130	Translocação etmoide orbital para tratamento do hipertelorismo miocutâneo associado a expansor de tecido – por lado.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	3	6
30209013	Osteoplastias etmoide orbitais.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30209021	Osteoplastias de mandíbula.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30209030	Osteoplastias do arco zigomático.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	3
30209048	Osteoplastias da orbita.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5
30209056	Correção cirúrgica de depressão (afundamento)da região frontal.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	2	5

Classificação da Informação: { } Confidencial { } Restrito { } Uso Interno { } Corporativo { } Público

30210011	Hemiatrofia facial, correção com enxerto de gordura ou implante.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	5
30210020	Correção de tumores, cicatrizes ou ferimentos com o auxílio de expansores de tecidos – por estágio.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	5
30210070	Reconstrução com retalhos axiais supra orbitais e supratrocleares.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	6
30210089	Reconstrução com retalho axial da artéria temporal superficial.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	6
30210097	Reconstrução com retalhos em VY de pedículo subarterial.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	6
30210100	Reconstrução com rotação do músculo temporal.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	6
30210119	Exérese de tumor maligno de pele.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	2
30210127	Exérese de tumor benigno, cisto ou fistula.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	3
30710014	Retirada de fios ou pinos metálicos trans ósseos.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	1
30713153	Artroscopia para diagnóstico com ou sem biopsia sinovial.	Auditoria Inicial e Final – Foto e/ou RX.	1	3