

ATENDIMENTO A BENEFICIÁRIOS DA EMPRESA ELETROSUL

Todo e qualquer atendimento aos beneficiários da empresa Eletrosul se faz mediante apresentação obrigatória da carteira da Eletrosul e de documento de identificação do beneficiário.

Para realização do tratamento, o cooperado deverá utilizar o orçamento odontológico da Eletrosul, no qual serão especificados os códigos, valores de USO/R\$, dentes, faces a serem executadas segundo a Tabela de Procedimentos da Empresa. Essa solicitação deve ser autorizada previamente pela empresa.

Na descrição dos serviços, será rigorosamente exigido que cada procedimento seja discriminado em linha diferente, mesmo que ocorra igual procedimento para dentes diferentes ou que um mesmo dente necessite de procedimentos diversos.

A USO prevista nesta Tabela tem o valor de R\$ 0,22 (cooperado) e R\$ 0,26 (beneficiário), fixado pela Dental Uni em cumprimento a cláusulas contratuais.

A cobrança do tratamento odontológico somente será efetuada para tratamentos concluídos, com as datas e assinaturas do paciente e do cooperado.

Como proceder no atendimento de beneficiários Eletrosul:

O beneficiário faz o agendamento no consultório do cooperado;

O cooperado realiza o exame clínico que está autorizado no orçamento para exame clínico (esse documento a empresa entrega ao beneficiário);

Preenche o Orçamento da Eletrosul e orienta o beneficiário para levar o documento para autorização da Empresa (perícia inicial);

Com a autorização, o beneficiário poderá dar início ao tratamento odontológico;

Após a realização dos procedimentos, estes devem ser assinados e datados pelo beneficiário; O beneficiário deverá ser encaminhado para Perícia Final, conforme normas da Empresa;

O cooperado deverá encaminhar os orçamentos com as perícias para a Dental Uni junto com a sua produção normal para pagamento.



TABELA DE HONORÁRIOS - ODONTOLOGIA - CREDENCIAMENTO
I – DIAGNÓSTICO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
87010038	Consulta de Emergência ²	46,84
87010058	Consulta de Urgência - Noturna/Final de Semana/Feriado ²	117,11
87010011	Consulta Inicial (Exame Clínico e Plano de Tratamento)	35,14
87010020	Consulta Marcada e não Comparecida ¹	16,39
87012073	Perícia Final	41,07
87010046	Perícia Inicial	41,07

¹ Consultas não desmarcadas com antecedência de 12 horas

² Emergências: drenagem de abscesso, curativo, hemorragias, recolocação de próteses, recolocação de blocos e restaurações.

Inclui também os atendimentos realizados nos finais de semana e feriados.

II – RADIOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
87010054	Fotos Unidade ¹	11,70
87011981	Índice Cargal - Mão ²	23,43
87010062	Modelo de Estudo - o par	66,76
87010070	Radiografia da ATM - 3 incidências	77,29
87010089	Radiografia Interproximal	10,54
87010097	Radiografia Oclusal	18,74
87010100	Radiografia Panorâmica	50,36
87022290	Radiografia Panorâmica para Implante Dentário	66,76
87010119	Radiografia Periapical ou Bite-Wing	10,54
87010127	Teleradiografia com Traçado	66,76
87010135	Teleradiografia sem Traçado	42,15
87011999	Tomografia Computadorizada ³	300,99
87022532	Tomografia de ATM (Boca Fechada/Repouso/Aberta-Lateral e Frontal)	464,95
87022419	Tomografia de ATM (Boca Fechada-Aberta/Lateral e Frontal)	332,60
87022400	Tomografia de ATM (Boca Fechada-Aberta/Lateral)	199,10
87022303	Tomografia Linear para Implante - 2 incidências	120,63
87023024	Tomografia Panorâmica Telerr D/E, Reconstrução Transversal Anterior	265,86
87022753	Tomografia Volumétrica para 1 Hemi-Arco	265,86
87022648	Tomografia Volumétrica para 1 Implante	199,10
87022869	Tomografia Volumétrica para 2 Hemi-Arcos	332,60
87022974	Tomografia Volumétrica para 3 Hemi-Arco	399,36
87023016	Tomografia Volumétrica para 4 Hemi-Arco	464,95
87023030	Tomografia Odontológica CONE BEAM - para ATM - Duas Posições - Volumétrica	210,80
87023035	Tomografia Odontológica CONE BEAM - 1 ou 2 Elementos Dentários - Volumétrica	128,83
87023050	Tomografia Odontológica CONE BEAM - 1 Arco Dental - Volumétrica	175,67
87023057	Tomografia Odontológica CONE BEAM - 2 Arcos Dentários - Volumétrica	351,34

¹ Fotos somente para tratamentos ortodônticos

² Identificação da idade óssea - para implante e ortodontia

³ Para implantes e ortodontia

Eletrosul Centrais Elétricas S.A.

CNPJ: 00.073.957/0001-68 – Inscrição Estadual: 250.254.670
Rua Deputado Antônio Edu Vieira, 999, Pantanal – CEP: 88.040-901 – Florianópolis/SC
www.eletrosul.gov.br

III - PREVENÇÃO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
87010143	Aplicação de Flúor (Até 17 anos) ¹	21,08
87010151	Aplicação de Selante - Por elemento ²	16,39
87023032	Consulta de Orientação Pediátrica ¹ (Até 12 anos)	22,25
87010160	Profilaxia (Tartarectomia + Polimento Coronário) ³	70,27

¹ Orientação sobre higiene bucal e alimentação, revelação de placa - carência 6 meses

² Somente para dentes pré-molares e molares - carência: 1 ano

³ Quatro Hemi Arcadas - carência: 6 meses

IV - ODONTOPEDIATRIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
87010186	Pulpotomia ²	52,70
87010194	Remineralização - Por sessão	17,57
87010208	Tratamento Endodôntico em Decíduos ³ (Pulpectomia e Necropulpectomia)	70,27
87023040	Ulectomia	52,70
87010216	Ulotomia	45,67

¹ Orientação sobre higiene bucal e alimentação, revelação de placa - Idade limite 12 anos, carência 6 meses

² Obrigatória a apresentação de radiografia final

³ Obrigatória a apresentação de radiografia final

V - DENTÍSTICA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
87012014	Capeamento Pulpar sem Restauração Final	51,72
87010224	Desgaste Seletivo - Por Hemi Arcada	18,74
87011417	Faceta de Resina Fotopolimerizável	99,54
87023075	Núcleo de Preenchimento	46,84
87010232	Restauração de Amálgama - 1 Face	35,14
87010240	Restauração de Amálgama - 2 Faces	46,84
87010259	Restauração de Amálgama - 3 Faces	58,56
87010267	Restauração de Amálgama - 4 Faces ou Mais	70,27
87010275	Restauração de Ionômero de Vidro - Por Dente	39,82
87011433	Restauração Fotopolimerizável - 1 Face	70,27
87011441	Restauração Fotopolimerizável - 2 Faces	93,69
87011450	Restauração Fotopolimerizável - 3 Faces ou Mais	117,11
87011468	Restauração Fotopolimerizável - 4 Faces ou Mais	140,54

OBS: Em todos os serviços de Restauração estão incluídos Forramento, Capeamento e Polimento.

Os atos de Dentística obedecem a carência mínima de 1 ano, para o mesmo profissional.

Fica limitado os serviços de restaurações a 5 faces por dente.

VI - ENDODONTIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
87010348	Clareamento de Dente Desvitalizado	66,76
87010356	Drenagem de Abscesso	31,63
87023067	Pino Intra Canal	59,72
87010372	Pulpotomia	58,56
87010380	Remoção de Núcleo Intrarradicular - Por elemento *	93,69
87010399	Remoção de Obturação Radicular para Retratamento - Por canal	58,56
87010437	Tratamento de Perfuração	66,76
87010445	Tratamento Endodôntico - 1 Conduto *	146,39
87010453	Tratamento Endodôntico - 2 Condutos *	187,38
87010461	Tratamento Endodôntico - 3 Condutos *	292,78
87010470	Tratamento Endodôntico - 4 Condutos *	351,34

* Apresentar Radiografias.

Obs.: A Remoção de Obturação Radicular para Retratamento substituiu os códigos de Retratamento Endodôntico

VII - PERIODONTIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
87010488	Aumento da Coroa Clínica(*)	210,80
87010500	Cirurgia de Retalho - Por Hemi-Arcada (min. 3 dentes)	175,67
87010534	Dessensibilização Dentária - Por Elemento	11,70
87010542	Enxerto Livre - Por Elemento (*)	140,54
87010364	Ferulização	133,51
87010569	Gengivectomia ou Gengivectoplastia - Por Elemento	29,27
87010577	Gengivectomia ou Gengivoplastia - Por Hemi-Arcada	119,45
87010593	Raspagem Supra Gengival - 4 Hemi- Arcos ¹	76,12
87010607	Raspagem Supra e Sub Gengival - Por Elemento ²	11,70
87010615	Raspagem Supra e Sub Gengival - Manutenção - Por Hemi-Arcada ³	93,69

(*) Incluída a Cirurgia de Retalho nesse procedimento.

¹ Incluindo Profilaxia e Polimento - Carência: 6 Meses.

² Incluindo Polimento - Carência: 6 Meses.

³ Incluindo Profilaxia e Polimento - Carência: 6 Meses - Mínimo 3 elementos.

OBS.: 1) É obrigatória apresentação de radiografias e perfil periodontal, para enquadramento dos códigos 87010607 e 87010615.

2) Os códigos 87010593, 87010607 e 87010615, não podem ser aplicados concomitantemente, na mesma hemi-arcada.

3) Os códigos 87010607 e 87010615, somente serão autorizados após perícia prévia.

4) Entende-se por hemi-arcada o seguimento de, no mínimo, 3 dentes.

5) O código 87010526, não poderá ser cobrado junto com serviços de Prótese.

VIII - CIRURGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
87010623	Alveoloplastia - Por Hemi-Arcada	91,35
87024144	Aparelho de Ronco e Apnéia	931,06
87010640	Apicectomia Birradicular *	193,23
87010658	Apicectomia Trirradicular *	199,10
87010631	Apicectomia Unirradicular *	186,22
87010674	Apicetomia Birradicular c/Obt. Retrógrada *	226,04
87010682	Apicetomia Trirradicular c/Obt. Retrógrada *	238,92
87010666	Apicetomia Unirradicular c/Obt. Retrógrada *	213,16
87010690	Cirurgia de Cisto *	186,22
87010704	Cirurgia de Osteoma ou Odontoma *	124,14
87010712	Cirurgia para Torus Palatino *	100,72
87010720	Correção de Bidas Musculares - Por Hemi-Arcada	85,50
87011956	Dispositivo para Tracionamento de Dente Incluso	399,36
87010739	Exodontia de Decíduo (Dente de Leite)	23,43
87010747	Exodontia de Dente Incluso ou Impactado	199,10
87010755	Exodontia de Permanentes	81,98
87010763	Exodontia de Restos Radiculares *	81,98
87011972	Exodontia de Supraextra numerário Impactado	399,36
87010771	Frenectomia	163,96
87024152	Infiltração Intra Muscular e/ou Intra Articular	558,64
87024179	Manipulação Mandibular ¹	167,47
87024160	Manutenção Trimestral Aparelho Ronco e Apneia	139,37
87024209	Mini Implante	665,22
87024136	Placa Estabilizadora	464,95
87024128	Placa Reposicionadora	558,64
87010798	Reimplante - Por Elemento	79,64
87010801	Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar *	585,58
87024187	Tratamento de DTM (Duração de 4 meses) ^{2 3}	1.639,61

* Apresentar Radiografias

¹ A Manipulação Mandibular (87024179) está limitada a 3 sessões quando não estiver sendo realizadas durante o Tratamento de DTM. Nesses casos, a Manipulação não será paga, pois já faz parte do Tratamento de DTM.

² Os seguintes códigos e procedimentos já estão inclusos no Tratamento de DTM (87024187) e não podem ser cobrados a parte:

- 87010585 - Placa de Mordida Miorrelaxante (Acrílica)
- 87024128 - Placa Reposicionadora
- 87024179 - Manipulação Mandibular
- 87010810 – Ajuste Oclusal
- Agulhamento
- Exercícios de Fisioterapia

³ O Tratamento de DTM está condicionado à apresentação de relatório de cada consulta (no máximo 5 consultas) detalhando os procedimentos realizados. Os relatórios devem estar assinados pelo profissional executante e pelo beneficiário do Plano de Saúde, devendo ser encaminhados à perícia autorizada pela Eletrosul.

OBS.: Os demais atos de Cirurgia serão tratados através da Tabela CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.

Todos os serviços do Capítulo de Cirurgia são encaminhados à perícia inicial e final.

IX - IMPLANTODONTIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
87011409	Enxerto Ósseo por Elemento	156,93
87023105	Enxerto Osso Alógeno para Levantamento de Seio Maxilar	1.322,23
87011484	Enxerto Ósseo em Bloco Autógeno por Elemento (2 Elementos)	964,91
87023091	Enxerto Ósseo para Levantamento de Seio Maxilar (2 Elementos)	965,03
87010909	Implante Dentário - Por Elemento (Independente do n° de Raízes)	824,50
87111047	Dentadura sobre Implante - Por Arcada (over dentury)	864,32
87023113	Plasma Rico em Plaquetas - PRP	399,36
87023083	Micro Parafuso para Componente Protético	106,57
87011905	Prótese sobre Implante	870,16
87011913	Protocolo sobre Implante dentário Metal Plástico por arcada	4.652,98
87011921	Protocolo sobre Implante dentário Porcelana por arcada	6.647,46
87111943	Pôntico - Protese Sobre Implante	593,77
87111944	Implante Zigomático	3.513,46
87111945	Coroa Provisória - Por Elemento	234,23
87111946	Implante Dentário - Por Elemento (elementos com grande perda óssea)	1.171,16
87111947	Abutmente intermediário p/ prótese sobre Implante	175,67
87111948	Protótipo em 3D do local onde ocorreria o Implante Dentário	913,49
87111949	Enxerto de Gengiva Artificial em Cerâmica por hemi arcada	585,58
82000646	Enxerto de Tecido Conjuntivo por elemento	257,65
82000662	Enxerto Gengival Livre por elemento	257,65

X - PRÓTESE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
87010810	Ajuste Oclusal - Por Sessão	35,14
87010887	Conserto de Prótese (Inclusive Substituição de Dentes)	49,19
87011964	Coroa In Ceram	843,23
87010844	Coroa Metal Cerâmica	761,24
87010852	Coroa Provisória - Por Elemento	91,35
87010895	Encaixe Fêmea ou Macho - Por Elemento	117,11
87010917	Núcleo Metálico Fundido	122,97
87010585	Placa de Mordida Miorrelaxante (Acrílica) ²	199,10
87010888	Placa de Mordida de Proteção (Silicone)	148,74
87010941	Pôntico - Elemento da Ponte Fixa Metal Cerâmico	468,47
87010950	Pôntico - Elemento da Ponte Fixa Metal Plástico	234,23
87010968	Ponto de Solda	85,50
87010976	Prótese Fixa Adesiva Metal-Cerâmica - 1 Elemento faltante	702,69
87010984	Prótese Fixa Adesiva Metal-Plástica - 1 Elemento faltante	644,13
87011026	Prótese Parcial Removível com Encaixe min. 3 elementos	644,13
87011034	Prótese Parcial Removível com Grampos min. 3 elementos	527,01
87011018	Prótese Parcial Removível Provisória até 3 elementos ¹	338,46
87011037	Prótese Parcial Removível Provisória mais de 3 elementos	468,47
87011050	Prótese Total (Dentadura) - Por Arcada - Dentes Nacionais	702,69
87011042	Prótese Total Provisória - Por Arcada - Dentes Nacionais	397,02
87011395	Remoção de Coroa ou Núcleo	58,56
87010836	Restauração Onlay/Inlay de Cerômero	531,70
87010846	Restauração Onlay de Cerâmica	644,13
87023083	Micro Parafuso para Componente Protético	106,57

¹ Provisória com ou sem Grampos min. 3 elementos.

O ajuste oclusal está incluso em todos os procedimentos de prótese.

² Procedimento que exige perícia final da placa.

Nota: Todos os códigos do Capítulo de Prótese necessitam de Perícia Inicial e Final

XI - ORTODONTIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR EM R\$
87012065	Aparelho de Contenção Final - Arcada Inferior	169,81
87011069	Aparelho de Contenção Final - Arcada Superior	169,81
87011077	Aparelho Extra Bucal	242,43
87011085	Aparelho Móvel com Parafuso Expansor	268,19
87011930	Aparelho Ortodôntico Fixo Arcada Inferior	1063,41
87011093	Aparelho Ortodôntico Fixo Arcada Superior	1063,41
87111942	Aparelho Ortodôntico Fixo Parcial - Arcada Inferior	475,48
87111934	Aparelho Ortodôntico Fixo Parcial - Arcada Superior	475,48
87023121	Aparelho Ortopédico Funcional	345,48
87023128	Aparelho de Protrusão Mandibular	468,47
87011379	Arco ou Barra Palatina	190,90
87011115	Arco Vestibular de Bumper	265,86
87011123	Disjuntor Palatino	345,48
87011131	Grade Palatina Fixa	242,39
87011140	Grade Palatina Móvel	169,81
87011360	Jones Jig	242,43
87011239	Mantenedor de Espaço Fixo ou Móvel - Arco Lingual ou Alça Banda	190,90
87011158	Manutenção de Aparelho Fixo	140,54
87011166	Manutenção de Aparelho Móvel	86,66
87023059	Máscara Facial	242,43
87011174	Mentoneira	138,20
87011190	Placa para Pequenos Movimentos - Placa de Hawley	169,81
87011204	Plano Inclinado de Acrílico	71,44
87011212	Quadri-Hélice	276,39

OBSERVAÇÃO

- **Todos os códigos do Capítulo Ortodontia necessitam de Perícia Inicial e Final**
- Os Aparelhos Ortodônticos só serão aceitos em Orçamento da Empresa se realizados **por especialistas em Ortodontia (título de especialista reconhecido pelo CRO)**
- A cobrança dos serviços 87011093 e 87011930, 87111934, 87111942 deverão ser efetuadas somente no final da colocação do aparelho.
- Todos os serviços de Ortodontia deverão apresentar Relatório com Diagnóstico, anexando Radiografias, Modelos de Estudo e Fotos, para ser submetido à Perícia Inicial, para aprovação e, posteriormente à Perícia Final.
- O serviço 87011158 será pago de acordo com o tempo previsto no relatório apresentado para o tratamento ortodôntico.
- Todos os serviços de conserto, reposição e consulta de emergência, decorrentes de aparelhos ortodônticos, estão incluídos na Manutenção de Aparelhos.
- Os serviços não constantes desta tabela serão submetidos à análise da Empresa para aprovação e pagamento.

* As Radiografias necessárias para determinados serviços desta Tabela, deverão ser anexadas ao formulário de Orçamento para Tratamento Odontológico, para o efetivo pagamento.

01/01/2017