

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO AMAPÁ
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2017

A COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB, como Serviço de Assistência à Saúde, Assistência Médica e Odontológica identificado por Serviço de Assistência à Saúde – SAS, registro na ANS nº 33.418-9, por meio de sua Superintendência Regional do Amapá, CNPJ/MF 26.461.699/0478-10, na forma da Lei nº 8.666/93, e demais normas complementares aplicáveis, torna público credenciamento de **pessoas jurídicas e físicas**, para a prestação de serviços de assistência à saúde, observadas as condições constantes neste edital e seus anexos.

1 – RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS

- 1.1. Período: De 15 de Maio de 2017 a 15 de Maio de 2018, ou até que se complete o quadro de profissionais credenciados necessários.
- 1.2. Dia: de Segunda a Sexta-feira.
- 1.3. Horário: das 09h00 às 11h00 e 15h00 às 17h00
- 1.4. Local: Avenida Iracema Carvão Nunes, nº 267 – Bairro Central – CEP 68.900-099 – Macapá/AP

2 – OBJETO

2.1. Credenciamento de profissionais equiparados à pessoa jurídica, pessoa física e pessoas jurídicas para a prestação de serviços de assistência médica e odontológica aos beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde da Conab, pertencentes à jurisdição da Superintendência Regional do Amapá. As especialidades a que se destinam esta chamada encontram-se listadas no **Anexo I deste Edital**.

3 – CONDIÇÕES GERAIS

- 3.1. Prazo de validade da carta-proposta: 90 (noventa) dias corridos, a contar da data de entrega da mesma.
- 3.2. Prazo de validade do credenciamento: 60 (sessenta) meses a contar da assinatura do Contrato de Credenciamento.
- 3.3. Assinatura do Contrato de Credenciamento: o Contrato de Credenciamento será assinado pelo representante legalmente habilitado pela empresa que tenha tido sua proposta aprovada por atender todos os requisitos do Edital.

3.3.1. Em caso de procuração, a mesma deverá ser passada em cartório e conter autorização específica para tanto.

3.3.2. A participação neste Chamamento Público para Credenciamento implica a aceitação plena e irrevogável das normas constantes do presente Edital.

4 – PARTICIPANTES

4.1. Somente poderá participar deste credenciamento profissionais/empresas especializadas no ramo do objeto, devendo apresentar os documentos de acordo com o exigido no item 6 – **DA HABILITAÇÃO**.

4.2. Não poderão participar deste credenciamento:

4.2.1. Empresas que, por qualquer motivo, estejam declaradas inidôneas para contratar com a Administração Pública direta ou indireta Federal, Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, ou punidas com a suspensão temporária para contratar com a Conab.

4.2.2. Empresas inadimplentes com obrigações assumidas com a Conab.

4.2.3. Empresas que tenham como sócio gerente ou acionista majoritário, ou ainda, como titular de empresa individual empregado ou dirigente da Conab.

5 – PROCESSAMENTO

5.1. Para habilitar-se ao credenciamento, o interessado deverá requerê-lo, enquanto ficar aberto o processo de Credenciamento, mediante a apresentação de proposta (Anexo II), endereçada ao Setor de Recursos Humanos, cujo endereço consta do Item 1 – DO RECEBIMENTO DAS PROPOSTAS.

5.2. A Proposta deverá atender às seguintes exigências:

5.2.1. Ser digitada em papel timbrado da empresa, ou que a identifique, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, datada e assinada pelo representante legal da empresa.

5.2.2. Declarar total concordância com as condições estabelecidas no presente Chamamento Público para Credenciamento e no Contrato de Credenciamento.

5.2.3. Constar dias e horários de atendimento da empresa.

5.2.4. Especificar a equipe técnica, relação do corpo clínico, constando CPF, especialidades e o número e registro do profissional no Conselho de Classe Regional respectivo.

5.2.4.1. O responsável técnico deverá apresentar diploma de graduação, “curriculum vitae” e, para os profissionais que possuem o título de especialista devidamente reconhecido, registro nas entidades de fiscalização do exercício profissional.

5.2.5. Conter relação de equipamentos com os quais prestará os serviços.

5.2.6. Indicar o nome do Banco, número da Agência e Conta-Corrente onde deverão ser creditados os pagamentos.

5.2.7. Estar acompanhada do Formulário contendo todos os serviços, especialidades e procedimentos médicos oferecidos (Anexo I).

6 – HABILITAÇÃO

Deverão ser juntados, ainda, à Proposta os seguintes documentos para fins de habilitação:

6.1 Se pessoa física:

- a) cópia do cartão de inscrição no Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- b) cópia de inscrição junto ao INSS;
- c) cópia de inscrição junto ao ISS;
- d) cópia da carteira de inscrição junto ao Conselho Regional de Classe;
- e) cópia da licença (expedida pela Prefeitura) ou do alvará de funcionamento (expedido pela Vigilância Sanitária);
- f) cópia do documento comprobatório de especialidade;
- g) 01 (uma) via do currículo e cópia do diploma;

6.2 Se pessoa jurídica:

- a) cópia do cartão de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) cópia do contrato social, com a última alteração contratual;
- c) cópia da ata de eleição da diretoria, se for o caso;
- d) cópia da licença (expedida pela Prefeitura) ou do alvará de funcionamento (expedido pela Vigilância Sanitária);
- e) cópia do registro na Junta Comercial;
- f) 01 (uma) via do currículo e cópia do diploma do responsável técnico;
- g) nome e número do CPF do signatário do contrato;
- h) cópia da carteira de inscrição no Conselho Regional de Classe do signatário.

6.3 Se firma individual:

- a) cópia do cartão de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- b) cópia do contrato de firma individual;
- c) cópia da licença (expedida pela Prefeitura) ou do alvará de funcionamento (expedido pela Vigilância Sanitária);
- d) 01 (uma) via do currículo e cópia do diploma do responsável pela firma;
- e) cópia da carteira de inscrição no Conselho Regional de Classe do responsável pela firma, se for o caso.

6.4 É exigida a comprovação de experiência mínima de 02 (dois) anos de efetivo exercício profissional.

7 – ANÁLISE DA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO

7.1. As Propostas, acompanhadas dos documentos exigidos no item acima, serão objeto de análise pela Conab.

7.2. A Conab, além de receber, examinar e julgar a documentação com obediência aos critérios aqui estabelecidos, poderá dirimir, com base na legislação vigente, quaisquer dúvidas ou omissões porventura existentes, ou adotar as medidas legais ou administrativas que se fizerem necessárias ao esclarecimento ou instrução do processo.

7.3. Além da análise da documentação, a Conab poderá realizar vistoria prévia na entidade, com vistas à emissão de parecer técnico quanto aos aspectos relativos às condições das instalações e de atendimento, higiene, segurança, aparelhamento, corpo clínico e técnico.

7.5. Analisada a conformidade dos documentos com o estabelecido neste instrumento, bem como o resultado da vistoria prévia, e estando a empresa conforme, ela será considerada habilitada.

8 – ASSINATURA DO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

8.1. A aceitação das condições constantes deste instrumento, será formalizada pela assinatura do Contrato de Credenciamento, cuja minuta constitui o anexo IV deste instrumento.

8.2. O habilitado será convocado, por carta, para assinatura do instrumento de credenciamento, devendo comparecer no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, sob pena de decair do direito de credenciamento.

8.3. As empresas não habilitadas serão informadas das razões e receberão os documentos entregues para o processo de habilitação.

8.3.1. Fica garantido o direito de interposição de recurso, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da data de recebimento da Carta de Recusa, assegurando-se ampla defesa e o direito ao contraditório.

9 – DO DESCREDENCIAMENTO

9.1. O processo e os motivos de descredenciamento seguem o estabelecido no Termo de Credenciamento, anexo ao presente Edital.

10 – DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. As condições de execução dos serviços, dos preços e demais obrigações constam da minuta do Termo de Credenciamento e respectivos anexos.

10.2. A formalização do Termo de Credenciamento dar-se-á com fulcro no “caput” do Art. 25 da Lei 8.666/93.

10.3. Eventuais dúvidas quanto às disposições deste instrumento, poderão ser dirimidas por expediente formal endereçado à Conab – Superintendência Regional do Amapá, localizada à Avenida Iracema Carvão Nunes, nº 267 – Bairro Central CEP 68.900-099 – Macapá/AP.

11 – FORO

11.1. Fica eleito o Foro da Justiça Federal do Estado do Amapá, da Cidade de Macapá, para dirimir qualquer dúvida oriunda da execução deste instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Macapá, 10 de Maio de 2017.

ASDRÚBAL SILVA DE OLIVEIRA
Superintendência Regional do Amapá
Superintendente



Conab

Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO I

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2017 LISTA DOS SERVIÇOS, ESPECIALIDADES

CONSULTAS/AVALIAÇÕES

(x) Alergologia
(x) Anestesiologia
(x) Angiologista Cirurgião Vascular
(x) Cardiologista
(x) Cirurgião Cardíaco Hemodinamicista
(x) Cirurgião Geral
(x) Cirurgião Pediátrico
(x) Cirurgião Plástico
(x) Clínico Geral
(x) Dermatologista
(x) Endocrinologista
(x) Fisiatra
(x) Gastroenterologista Clínico
(x) Geneticista
(x) Geriatria
(x) Ginecologista e Obstetra
(x) Hematologista
(x) Hepatologista
(x) Homeopata
(x) Infectologista
(x) Mastologista

(x) Nefrologista
(x) Neurocirurgião
(x) Neurologista
(x) Nutricionista
(x) Oftalmologista
(x) Oncologista
(x) Ortopedista
(x) Otorrinolaringologista
(x) Pediatra
(x) Pneumologista
(x) Proctologista
(x) Psicólogo
(x) Psiquiatra
(x) Reumatologista
(x) Urologista
(X) Saúde Ocupacional (PCSMO).
()
()
()
()
()

EXAMES/SERVIÇOS/TRATAMENTOS

(x) Anatomia Patológica e Citopatológica
(x) Cardiologia Diagnóstica
(x) Dermatologia Clínicocirúrgica
(x) Eletroencefalografia e Neurofisiologia
(x) Endoscopia Digestiva
(x) Fonoaudiologia
(x) Genética
(x) Hemoterapia
(x) Home Care
(x) Medicina Física e Reabilitação
(x) Medicina Nuclear
(x) Nutrição Parenteral e Enteral
(x) Patologia Clínica

(x) Quimioterapia do Câncer
(x) Radiodiagnóstico
(x) Radioterapia
(x) Ressonância Magnética
() Tomografia Computadorizada
() Ultrassonografia
(x) Saúde Ocupacional (PCSMO)
()
()
()
()
()
()
()

ODONTOLÓGICOS

(x) Buco Maxilo
(x) Endodontia
(x) Odonto/Clínica Geral
(x) Periodontia
(x) Prótese
(x) Radiografia Panorâmica

(x) Radiologia Odontológica
(x) Perícia
()
()
()
()



Conab

Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO II – CARTA DE PROPOSTA DE SERVIÇOS

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2017 PROPOSTA DE SERVIÇOS

À

COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB
Superintendência Regional de _____

Pela presente Proposta de Serviços, vimos oferecer aos empregados da COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB, bem como a seus dependentes, os nossos serviços profissionais, comprometendo-nos a receber, em nossas instalações, por intermédio de nosso corpo de profissionais, os beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde da Conab, para prestar os serviços relacionados no formulário Anexo I.

Identificação do Credenciado

Nome: _____
Razão Social: _____
Código CNES: _____ E-mail: _____
Nome Fantasia: _____
Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____
CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____
E-mail: _____ Site: _____
Conselho de Classe: _____ Número de Registro: _____
Banco Nº e Nome: (____) _____
Agência Nº e Nome: (____) _____
Conta Corrente: _____

Dados do Representante Legal

Nome: _____
Naturalidade: _____ Estado Civil: _____
Profissão: _____ Conselho de Classe: _____ Nº _____
CPF: _____ RG: _____ E-mail: _____
Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____

Para todos os fins de direito, declaramos que:

1. Estamos cientes e concordamos com as condições estabelecidas no Edital de Chamamento Público para Credenciamento nº ____/____, e no Contrato de Credenciamento, inclusive quanto à forma de atendimento e tabela de preços.
 2. Comprometemo-nos fornecer à Conab quaisquer informações ou documentos solicitados referentes aos serviços prestados aos beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde.
 3. Temos o conhecimento de que nos é vedado cobrar honorários, a qualquer título, direta ou indiretamente dos beneficiários, pelos serviços prestados, exceto aquelas decorrentes da internação em quarto individual ou apartamento, por opção do empregado, quando não autorizado pela Conab.
 4. Informaremos, de imediato, toda e qualquer alteração que venha a ocorrer em nossos dados cadastrais.
 5. A prestação dos serviços a que nos propomos não implicará em qualquer vinculação empregatícia com a Conab, não podendo, portanto, pretender ou exigir vantagens daí decorrentes.
- Para a análise e decisão sobre o referido credenciamento, anexamos cópia da documentação exigida no Edital acima citado.

_____, ____ de _____ de 20__.

Representante da Proponente



Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO III – CARTA DE HABILITAÇÃO

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2017
CARTA DE HABILITAÇÃO**

CT/SUREG/___ Nº _____/UF, ___ de _____ de 20__.

À (O)
PRESTADOR

Considerando a habilitação de Vossa Senhoria e os demais requisitos exigidos no processo de credenciamento para prestação de serviços aos beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde da Conab, aberto por meio do Edital nº ____/____, solicitamos o comparecimento de seu representante legal até o dia ____/____/____, no horário comercial, no(a): _____(especificar o endereço) com a finalidade de assinatura do Contrato de Credenciamento para os serviços oferecidos em sua Proposta datada de ____/____/____.

Atenciosamente

ASDRÚBAL SILVA DE OLIVEIRA
Superintendência Regional do Amapá
Superintendente



Conab

Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO IV - CARTA DE RECUSA DE CREDENCIAMENTO

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2017
CARTA DE RECUSA DE CREDENCIAMENTO**

CT/SUREG/___ Nº _____ (UF), ____ de _____ de 20__.

À(O)

Prezado(a) Senhor(a)

Com relação ao processo de credenciamento para prestação de serviços aos beneficiários do Serviço de Assistência Médica – SAS da Conab, aberto por meio do Edital nº 01/2016, cumpre-nos informá-los de que não será possível o credenciamento de Vossa Senhoria em virtude do não atendimento do(s) seguinte(s) requisito(s):

- a)
- b)
- c)

Assim, agradecemos a sua participação, ao tempo em que informamos que fica garantido o direito de interposição de recurso, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da data de recebimento desta Carta e que a documentação que nos foi apresentada permanecerá arquivada e à disposição de Vossas Senhorias, após o citado prazo de recurso.

Atenciosamente

ASDRÚBAL SILVA DE OLIVEIRA
Superintendência Regional do Amapá
Superintendente



Conab

Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO V – LISTA DE PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2017 LISTA DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS

A - NA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Estão excluídos do Serviço de Assistência à Saúde e, portanto, não acobertados pela Companhia, qualquer que seja a modalidade, os serviços e/ou tratamentos a seguir descritos:

- a) tratamento ou cirurgia de natureza cosmética ou embelezadora;
- b) cirurgia não ética;
- c) cirurgia plástica embelezadora;
- d) despesas com próteses (braço mecânico, olho de vidro e outros a serem analisados pela Área de Recursos Humanos);
- e) tratamento em estâncias hidrominerais;
- f) fisioterapias, massagens, saunas e outros com finalidades estéticas;
- g) internação de paciente com distúrbios mentais irreversíveis ou de comportamento em consequência de qualquer patologia que possa vir a ser tratada ao nível ambulatorial;
- h) equipamento hospitalar de uso doméstico;
- i) materiais e medicamentos não compreendidos na fatura hospitalar;
- j) qualquer procedimento, exceto consulta, que não tenha sido solicitado pelo médico assistente;
- k) despesas com transplantes, doadores de órgãos, necrópsias, internação para o tratamento de AIDS e aparelhos de marca-passo;
- l) procedimentos médico-cirúrgicos não reconhecidos pela Associação Médica Brasileira, Conselhos Regionais e Profissionais da Área de Saúde;
- m) serviços prestados por profissionais que sejam parentes em primeiro grau do beneficiário;
- n) aquisição, conserto e colocação de aparelhos ortodônticos;

B - NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Não são cobertas pela Companhia as despesas decorrentes de:

- a) confecção de próteses que se utilizam de metais preciosos;
- b) serviços não previstos na relação constante na Tabela Odontológica, constante no Anexo VI.
- c) serviços realizados sem avaliação inicial e/ou final da perícia, excetuando-se os tratamentos com orçamento inferior a 1.500 (mil e quinhentas) Unidades de Serviço Odontológico - USO;
 - c.1) para isenção de perícia não é considerado o valor em USO da consulta e da profilaxia;
- d) serviços realizados por meio da Livre Escolha, exceto a manutenção mensal de aparelhos ortodônticos – Aparatologia Fixa e Móvel; e
- e) tratamento abandonado e formalmente comunicado pelo odontólogo.



Conab

Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO VI – TABELA SERVIÇOS

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2017
TABELA DE SERVIÇOS

Consultas	
SADT	
Honorário Médico	
Porte dos Procedimentos Médicos	
Unidade de Custo Operacional – UCO	
Diárias e Taxas Hospitalares	
Medicamentos	
Materiais	
Órteses, próteses e materiais especiais	
Gases Medicinais	
Fisioterapia (RPG, Acupuntura)	
Psicologia	
Fonoaudiologia	
Nutrição	
RMA	
DTM	
Hidroterapia	



Conab

Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO VII – TABELA ODONTOLÓGICA

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO Nº 01/2017
TABELA ODONTOLÓGICA**

80.10.000 – EXAME CLÍNICO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
80.10.001	CONSULTA INICIAL (EXAME CLÍNICO E PLANO DE TRATAMENTO)	100
80.10.002	CONSULTA DE URGÊNCIA (NOTURNA, SÁBADO, DOMINGO E FERIADO)	130
80.10.003	AVALIAÇÃO TÉCNICA (PERÍCIA INICIAL)	80
80.10.004	AVALIAÇÃO TÉCNICA (PERÍCIA FINAL)	80

EXAME CLÍNICO – OBSERVAÇÕES:

a) a primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.

b) Nas especialidades elencadas adiante, onde couberem honorários para consulta, está discriminado o Código 80.10.001 a ela destinado.

c) considera-se Urgência os atendimentos ocorridos em dias de Sábado, Domingo e Feriado, sempre e quando este honorário não se encontre no fixado pelo dentista. Nos dias úteis, a Urgência noturna compreende os atendimentos ocorridos no horário das 22h às 06h. Por essa razão, a Consulta de Urgência terá acréscimo de 30% (trinta por cento), em relação à Consulta Inicial.

d) Atenção: nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB.

e) Nos casos de Avaliação Técnica (Perícias Inicial e Final), o número correspondente à GTO deve ser indicado no corpo da Guia de Atendimento – GA.

f) Perícia Inicial: deverá ser realizada quando o tratamento resultar em quantidade igual ou superior a 1.500 (mil e quinhentas) Unidades de Serviço Odontológico – USO.

g) Perícia Final: deverá ser realizada até 08 (oito) dias úteis contados da data da conclusão do Tratamento Odontológico, acompanhadas das radiografias finais solicitadas pelo Avaliador Técnico.

80.15.000 – RADIOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
80.15.001	RX PERIAPICAL (UMA ÚNICA RADIOGRAFIA)	32
80.15.002	RX OCLUSAL	68
80.15.003	RX ANTERO-POSTERIOR	120
80.15.004	RX DA ATM – SÉRIE COMPLETA – 03 (TRÊS) INCIDÊNCIAS	300
80.15.005	RX PANORÂMICO	132
80.15.006	RX BITE – WING (INTERPROXIMAL)	32
80.15.007	RX DA MÃO OU CARPAL (IDADE ÓSSEA)	140
80.15.008	RX MODELOS ORTODÔNTICOS (PAR ARTICULADO: SUPERIOR E INFERIOR)	160
80.15.009	SLIDES – POR UNIDADE: MÁXIMO DE 07 (SETE)	28
80.15.010	FOTOS – POR UNIDADE: MÁXIMO DE 07 (SETE)	28
80.15.011	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO	196
80.15.012	TELERRADIOGRAFIA SEM TRAÇADO	120



Conab

Companhia Nacional de Abastecimento

RADIOLOGIA – OBSERVAÇÕES:

- a) A autorização da Radiografia Panorâmica está condicionada ao limite de 01 (uma) por ano, destinada a cada beneficiário do Serviço de Assistência à Saúde – SAS.
- b) As Radiografias somente serão viabilizadas por intermédio da solicitação radiográfica datada e assinada por profissional, mediante carimbo e CRO legível.
- c) A série completa de 14 (quatorze) Radiografias Periapicais e 04 (quatro) Interproximais, nos Códigos 80.15.001 e 80.15.006, somente poderá ser realizada por Clínicas Radiológicas.
- d) Quando da realização de Radiografias da ATM, 03 (três) Incidências Bilaterais devem ser consideradas: Repouso, Inter-ocupatura Máxima, para verificação da Excursão do Côndilo.
- e) Em se tratando de Slides e Fotos, a Série Máxima é de 07 (sete) Unidades, composta da seguinte forma: Duas Extra-orais – Uma de frente e Uma de Perfil; Cinco Intra-orais – Uma Sorriso, Duas Laterais e Duas Oclusais.
- f) Procedimentos Radiológicos, embora ultrapassando 1.500 (mil e quinhentas) Unidades de Serviço Odontológico – USO, estão isentos de perícias.

80.20.000 – ODONTOPEDIATRIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
80.10.001	CONSULTA INICIAL (EXAME CLÍNICO E PLANO DE TRATAMENTO)	100
80.20.001	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	116
80.20.002	AMÁLGAMA – 01 (UMA) FACE	104
80.20.003	AMÁLGAMA – 02 (DUAS) FACES	128
80.20.004	AMÁLGAMA – 03 (TRÊS) FACES	164
80.20.005	AMÁLGAMA – 04 (QUATRO) FACES	192
80.20.006	RESINA COMPOSTA – 01 (UMA) FACE	88
80.20.007	RESINA COMPOSTA – 02 (DUAS) FACES OU ÂNGULOS	112
80.20.008	RESINA COMPOSTA – 03 (TRÊS) FACES	144
80.20.009	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL (CLASSE I, V, VI)	140
80.20.010	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL (CLASSE III)	188
80.20.011	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL (CLASSE IV E II)	208
80.20.012	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR – BOCA TOTAL	112
80.20.013	APLICAÇÃO DE SELANTE – POR ELEMENTO	100
80.20.014	APLICAÇÃO DE SELANTE – TÉCNICA INVASIVA (POR ELEMENTO)	112
80.20.015	PULPOTOMIA	160
80.20.016	ULOTOMIA	124
80.20.017	CONDICIONAMENTO ODONTOPEDIÁTRICO – VALOR TOTAL DAS 02 (DUAS) SESSÕES	120
80.20.018	COROA DE AÇO	240
80.20.019	TRATAMENTO E OBTURAÇÃO DE CONDUTO DE DENTES DECÍDUOS – POR DENTE	260
80.20.020	REMINERALIZAÇÃO (FLUOROTERAPIA) – VALOR TOTAL DAS 04 (QUATRO) SESSÕES	216
80.20.021	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO – BOCA TOTAL	80
80.20.022	TRATAMENTO BÁSICO PREVENTIVO/TARTARECTOMIA/PROFILAXIA (RASPAGEM SUPRAGENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO – BOCA TOTAL)	184
80.20.022	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL – TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO – MÁXIMO DE 02 (DUAS) SESSÕES	76

ODONTOPEDIATRIA – OBSERVAÇÕES:

- a) Não serão autorizados planos de tratamentos odontológicos propostos por profissional não detentor do Título de Especialização em **Odontopediatria**, e bem assim da competente **Inscrição de Especialização – IE** junto ao respectivo **Conselho Regional de Odontologia – CRO**, a que o mesmo esteja vinculado.
- b) A Primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.
- c) Independentemente do Tipo de Restauração (amálgama; resina), as faces envolvidas devem estar marcadas no Odontograma e especificadas na descrição da GTO.

Qualquer que seja o Tipo de Restauração (amálgama; resina), já está incluído o forramento necessário, bem como o Polimento Final.

d) Em se tratando de Aplicação Tópica de Flúor, é considerada a Boca Total, abrangendo os Dois Arcos, excluída, aí, a Profilaxia, já que esta possui código distinto daquela. Note-se que o intervalo entre uma aplicação e outra, é de 06 (seis) meses.

e) A aplicação de Selante se dá por elemento, destinando-se exclusivamente aos dentes molares e pré-molares, independentemente da técnica utilizada, cujo procedimento é autorizado somente para beneficiário com idade inferior a 14 (quatorze) anos, desde que decorrido o prazo mínimo de 01 (um) ano entre uma aplicação e outra.

f) Entende-se por Condicionamento Odontopediátrico, a fase inicial de adaptação da criança ao consultório, oportunidade em que será considerado o valor total das sessões – Máximo de duas. Para essa finalidade, é importante destacar que o procedimento é autorizado não mais que uma vez por beneficiário, mediante justificativa do profissional assistente.

g) Nos casos em que o profissional assistente indicar a necessidade de Fluoterapia ou Remineralização, desde que verificada a existência de manchas generalizadas, o procedimento deverá ser justificado no verso da GTO, de modo a viabilizar a sua autorização no ato da Avaliação Técnica. Note-se que esse procedimento, quando autorizado, não pode ser realizado juntamente com a aplicação Tópica de Flúor – Código 80.20.012 e a Dessensibilização Dentária – Código 80.35.012.

h) A aplicação de Cariostático é destinada, exclusivamente, para criança com idade inferior a 04 (quatro) anos.

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

j) Estão isentos de perícias, os Procedimentos Odontopediátricos que totalizem até 1.500 (mil e quinhentas) Unidades de Serviço Odontológico – USO.

80.25.000 – DENTÍSTICA (restauradora)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
80.10.001	CONSULTA INICIAL (EXAME CLÍNICO E PLANO DE TRATAMENTO)	100
80.25.001	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA – 01 (UMA) FACE	96
80.25.002	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA – 02 (DUAS) FACES	112
80.25.003	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA – 03 (TRÊS) FACES	132
80.25.004	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA – 04 (QUATRO) FACES OU MAIS.	172
80.25.005	FACETA EM RESINA – SOMENTE DENTES ANTERIORES	192
80.25.006	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO (IONÔMERO/RESINA/AMÁLGAMA)	92
80.25.007	RESTAURAÇÃO RESINA COMPOSTA – 01 (UMA) FACE	88
80.25.008	RESTAURAÇÃO RESINA COMPOSTA – 02 (DUAS) FACES OU ÂNGULOS	112
80.25.009	RESTAURAÇÃO RESINA COMPOSTA – 03 (TRÊS) FACES	144
80.25.010	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL (CLASSE I, V, VI)	140
80.25.011	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL (CLASSE III)	188
80.25.012	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL (CLASSE IV E II)	208
80.25.013	RESTAURAÇÃO DE IONÔMERO DE VIDRO – POR ELEMENTO	92
80.25.014	PINOS DE RETENÇÃO	26
80.25.015	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR – BOCA TOTAL	112
80.25.016	TRATAMENTO BÁSICO PREVENTIVO/TARTARECTOMIA/PROFILAXIA (RASPAGEM SUPRAGENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO – BOCA TOTAL)	184
80.25.017	CLAREAMENTO DENTAL COM MOLDURA DE USO CASEIRO PARA DENTES VITALIZADOS E DESVITALIZADOS – POR ARCADEA.	1100

DENTÍSTICA – OBSERVAÇÕES:

a) A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.

b) Independentemente do Tipo de Restauração (amálgama; resina), as faces envolvidas devem estar marcadas no Odontograma e especificadas na descrição da GTO.

c) Qualquer que seja o Tipo de Restauração (amálgama; resina), já está incluído o forramento necessário, bem como o Polimento Final.

d) Não obstante o material utilizado, as Restaurações em Amálgama e Resina deverão ter garantia mínima de 02 (dois) anos.

80.30.000 – ENDODONTIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
80.10.001	CONSULTA INICIAL (EXAME CLÍNICO E PLANO DE TRATAMENTO)	100
80.30.001	TRATAMENTO ENDODÔNTICO – 01 (UM) CONDUTO	544
80.30.002	TRATAMENTO ENDODÔNTICO – 02 (DOIS) CONDUTOS	612
80.30.003	TRATAMENTO ENDODÔNTICO – 03 (TRÊS) CONDUTOS OU MAIS	892
80.30.004	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE 01 (UM) CONDUTO	644
80.30.005	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE 02 (DOIS) CONDUTOS	652
80.30.006	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE 03 (TRÊS) CONDUTOS OU MAIS	1160
80.30.007	CAPEAMENTO DIRETO OU TRATAMENTO EXPECTANTE	88
80.30.008	CLAREAMENTO OU RECROMIA – POR ELEMENTO – MÁXIMO DE 03 (TRÊS) SESSÕES.	272
80.30.009	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR – POR ELEMENTO	168
80.30.010	PULPOTOMIA	160
80.30.011	TRATAMENTO E OBTURAÇÃO DE CONDUTO DE DENTES DECÍDUOS – POR DENTE	260
80.30.012	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO	216
80.30.013	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	64
80.30.014	URGÊNCIA ENDODÔNTICA	172

ENDODONTIA – OBSERVAÇÕES:

a) Não serão autorizados planos de tratamento odontológicos propostos por profissional não detentor do Título de Especialização em **Endodontia**, e bem assim da competente **Inscrição de Especialização – IE** junto ao respectivo **Conselho Regional de Odontologia – CRO**, a que o mesmo esteja vinculado.

b) A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico –GTO e Plano de Tratamento.

c) As radiografias que retratam o “antes” e o “depois” do Tratamento Endodôntico deverão ser apresentadas, respectivamente, nas Perícias Inicial e Final.

d) Os tratamento Endodônticos e respectivos Retratamentos deverão ter garantia mínima de 03 (três) anos.

e) As Radiografias utilizadas durante o Tratamento e/ou Retratamento Endodôntico já estão incluídas no procedimento, não podendo, por isso, ser cobradas separadamente.

f) O que pode ser cobrado separadamente é a Radiografia utilizada para a definição do Diagnóstico, quando realizada no consultório, e bem assim aquela destinada à comprovação do Preparo para Núcleo.

g) É indispensável a apresentação de Radiografia Inicial no ato da Avaliação Técnica Inicial e, do mesmo modo, as duas – conjuntamente inicial e final – por ocasião da Avaliação Técnica Final.

h) A cobrança de Capeamento Direto somente pode ocorrer quando houver Exposição Pulpar e, ainda, se for usado como Curativo de Demora, para definir a necessidade ou não do Tratamento Endodôntico (indicado para crianças e adolescentes).

i) O Clareamento somente é autorizado quando realizado em Dentes Anteriores, incluindo, aí, os primeiros pré-molares superiores e que já receberam Tratamento Endodôntico.



Conab

Companhia Nacional de Abastecimento

80.35.000 – PERIODONTIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
80.10.001	CONSULTA INICIAL (EXAME CLÍNICO E PLANO DE TRATAMENTO)	100
80.35.001	TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DE PERIODONTITE LEVE OU MODERADA – POR HEMIARCADA PARA BOLSA PERIODONTAL DE ATÉ 5MM , ANOTANDO NA GTO AS MEDIÇÕES DAS BOLSAS (JÁ INCLUÍDA A TARTARECTOMIA/PROFILAXIA DE CÓDIGO 80.35.019)	120
80.35.002	TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DE PERIODONTITE AVANÇADA – POR HEMIARCADA PARA BOLSA PERIODONTAL ACIMA DE 5MM, ANOTANDO NA GTO AS MEDIÇÕES DAS BOLSAS (JÁ INCLUÍDA A TARTARECTOMIA/PROFILAXIA DE CÓDIGO 80.35.019)	144
80.35.003	CONTROLE DE PLACAS BACTERIANAS – BOCA TOTAL	152
80.35.004	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	304
80.35.005	CIRURGIA PERIODONTAL RETALHO – POR SEGMENTO	380
80.35.006	PLACA DE MORDIDA MIORRELAXANTE – REQUER LAUDO	520
80.35.007	CUNHA PROXIMAL/DISTAL – POR ELEMENTO	172
80.35.008	ENXERTO PEDICULADO LIVRE – POR SEGMENTO	360
80.35.009	ODONTO-SECÇÃO/AMPUTAÇÃO RADICULAR	348
80.35.010	GENGIVECTOMIA	380
80.35.011	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA POR DENTE – MÁXIMO DE 04 (QUATRO) DENTES	80
80.35.012	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA – POR SEGMENTO, NÃO INCLUINDO O FLÚOR DE CÓDIGO 80.35.018	40
80.35.013	TRATAMENTO DA GENGIVITE – POR SEGMENTO, INCLUINDO A TARTARECTOMIA/PROFILAXIA DE CÓDIGO 80.35.019	64
80.35.014	DESGASTE SELETIVO – BOCA TOTAL	112
80.35.015	TRATAMENTO DE PROCESSO AGUDO – PODE DENTE	240
80.35.016	ENXERTO CONJUNTIVO SUB-EPITELIAL – PODE DENTE	560
80.35.017	TRATAMENTO REGENERATIVO COM USO DE BARREIRA OU ENXERTO ÓSSEO AUTÓGENO (JÁ INCLUÍDA A ÁREA DOADORA) OU MATERIAIS ENXERTANTES, INCLUÍDO BIOMATERIAIS – POR SEGMENTO.	1160
80.35.018	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR – BOCA TOTAL.	112
80.35.019	TRATAMENTO BÁSICO PREVENTIVO/TARTARECTOMIA/PROFILAXIA (RASPAGEM SUPRAGENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO – BOCA TOTAL)	184
80.35.020	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL – TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO (MÁXIMO 02 SESSÕES)	76

PERIODONTIA – OBSERVAÇÕES:

- a) Não serão autorizados planos de tratamento odontológicos propostos por profissional não detentor do Título de Especialização em **Periodontia**, e bem assim da competente **Inscrição de Especialização – IE** junto ao respectivo **Conselho Regional de Odontologia – CRO**, a que o mesmo esteja vinculado.
- b) A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.
- c) Não será acolhida/permitida a cobrança de consultas quando o beneficiário retornar para a Avaliação do Tratamento Cirúrgico.
- d) Relativamente ao Tratamento de Periodontia Leve ou Avançada, faz-se necessária que a Medição das Bolsas seja indicada na GTO, de modo a viabilizar a sua liberação pelo Perito, por ocasião da Avaliação Técnica Inicial.
- e) Na ocorrência de Intervenção Cirúrgica Periodontal, a troca de Cimento Cirúrgico e eventual Curativo Pós-Cirúrgico, já está incluída.
- f) Não é permitida a cobrança simultânea do Tratamento Não Cirúrgico da Periodontite Leve e/ou Avançado com o Tratamento de Gengivite, quando estes se derem no mesmo Segmento.
- g) Será recusada, igualmente, a cobrança do Tratamento Não Cirúrgico da Periodontite, juntamente com o Tratamento Cirúrgico no mesmo Segmento.
- h) Cada Arcada contém 03 (três) Segmentos.
- i) Os procedimentos de Cirurgia Periodontal, Tratamento Não Cirúrgico da Periodontite e Enxertos, somente serão autorizados desde que requeridos por profissionais odontólogos credenciados detentores do Título de Especialização em **Periodontia**.

j) Havendo indicação para a confecção de Placa Miorrelaxante e Imobilização Dentária, far-se-ão necessários Laudos Especializados, os quais poderão ser lavrados no verso da própria GTO.

k) Excepcionalmente, desde que justificadas pelo especialista, poderão ser autorizadas até duas sessões por beneficiário, com vistas à realização de orientação de Higiene Bucal.

80.40.000 – PRÓTESE DENTÁRIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
80.10.001	CONSULTA INICIAL (EXAME CLÍNICO E PLANO DE TRATAMENTO)	100
80.40.001	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA – ARCADA SUPERIOR	584
80.40.002	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA – ARCADA INFERIOR	584
80.40.003	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL – PPR – ARCADA SUPERIOR	2000
80.40.004	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL – PPR – ARCADA INFERIOR	2000
80.40.005	ENCAIXE (FÊMEA) – POR ELEMENTO	412
80.40.006	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	292
80.40.007	COROA VENEER	840
80.40.008	COROA ¾ OU 4/5	520
80.40.009	COROA TOTAL METÁLICA	560
80.40.010	COROA PROVISÓRIA	168
80.40.011	PRÓTESE TOTAL PERMANENTE SUPERIOR (DENTADURA)	2760
80.40.012	PRÓTESE TOTAL PERMANENTE INFERIOR (DENTADURA)	2760
80.40.013	CONCERTO EM PRÓTESE – TROCA DE FACE	140
80.40.014	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXE – ARCADA SUPERIOR	2360
80.40.015	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXE – ARCADA INFERIOR	2360
80.40.016	PRÓTESE FIXA EM METALO-PLÁSTICA – POR ELEMENTO	1120
80.40.017	PRÓTESE FIXA EM METALO-CERÂMICA – POR ELEMENTO	1440
80.40.018	MODELO DE ESTUDO	148
80.40.019	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA – ARCADA SUPERIOR	1400
80.40.020	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA – ARCADA INFERIOR	1400
80.40.021	AJUSTE OCLUSAL – VALOR TOTAL	148
80.40.022	COROA METALO-CERÂMICA OU METAL FREE	1440
80.40.023	COROA DE JAQUETA EM CERÂMICA PURA OU PORCELANA	1440
80.40.024	COROA DE JAQUETA ACRÍLICA	500
80.40.025	PRÓTESE FIXA ADESIVA METALO-CERÂMICA (CONSIDERAR SOMENTE UM ELEMENTO FALTANTE)	2000
80.40.026	PRÓTESE FIXA ADESIVA METALO-PLÁSTICA (CONSIDERAR SOMENTE UM ELEMENTO FALTANTE)	1600
80.40.027	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL – ARCADA SUPERIOR	360
80.40.028	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL – ARCADA INFERIOR	360
80.40.029	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE PARCIAL – ARCADA SUPERIOR	360
80.40.030	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE PARCIAL – ARCADA INFERIOR	360
80.40.031	COROA PROVISÓRIA PRENSADA – SOMENTE EM CASOS DE REABILITAÇÃO ORAL – 03 (TRÊS) CO-ROAS OU MAIS E NA PRÓTESE FIXA	460
80.40.032	REMOÇÃO DE PONTE FIXA – CONSIDERAR OS ELEMENTOS PILARES	100
80.40.033	PONTO DE SOLDA	180
80.40.034	CIMENTAÇÃO DE BLOCOS OU COROAS	100
80.40.035	REMOÇÃO DE BLOCOS OU COROAS	100
80.40.036	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	512
80.40.037	RESTAURAÇÃO INLAY DE PORCELANA	1200
80.40.038	PLACA DE MORDIDA MIORRELAXANTE	520
80.40.039	CASQUETE PARA MOLDAGEM	112
80.40.040	REEMBASAMENTO E REPAREPO DE COROA PROVISÓRIA	100
80.40.041	FACETA LAMINADA DE PORCELANA	1160

PRÓTESE DENTÁRIA – OBSERVAÇÕES:

a) A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.

- b) Os trabalhos de Próteses deverão ter garantia mínima de 02 (dois) anos.
- c) Os trabalhos executados em **ouro** ou em outro material não previsto na presente Tabela serão de inteira responsabilidade do beneficiário junto ao profissional.
- d) Todo procedimento de Prótese deverá ter garantia mínima de 03 (três) anos.
- e) A Confeção do Núcleo Metálico é comprovada por meio de Radiografia, registrando o antes e o depois de suas colocação.
- f) O Ajuste de Oclusão, bem como o Modelo de Estudo se restringem aos casos de Reabilitação Oral Maior, tais como: Próteses Fixas; Próteses Removíveis; ou na Confeção de 04 (quatro) ou Mais Blocos ou Coroas no mesmo Arco.
- g) Somente é autorizada a cobrança de 01 (uma) Coroa Provisória para cada Elemento Dentário.
- h) Coroas Provisórias Prensadas somente são autorizadas se houver confeção de Prótese Fixa ou quando envolver mais de 03 (três) Preparos de Dentes no mesmo Arco.
- i) Em se tratando de Coroa Provisória Prensada, há a necessidade de Perícia Final, devendo a GTO ser desmembrada em Tratamento Provisório e Definitivo.
- j) Não haverá autorização para nenhum tipo de Coroa Provisória para a confeção de Restauração Metálica Fundida – RMF.
- k) Quando houver indicação para confeção de Faceta Laminada de Porcelana, esta deverá ser justificada no verso da GTO.
- l) Não é permitida a cobrança de Cimentação de Blocos e Coroas fora do Atendimento de Emergência.

80.45.000 – CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
80.10.001	Consulta Inicial (Exame Clínico e Plano de Tratamento)	100
80.45.001	Apicetomia Unirradicular	512
80.45.002	Apicetomia Unirradicular com Obstrução Retrógrada	560
80.45.003	Apicetomia Birradicular	660
80.45.004	Apicetomia Birradicular com Obturação Retrógrada	716
80.45.005	Apicetomia Trirradicular	740
80.45.006	Apicetomia Trirradicular com Obturação Retrógrada	812
80.45.007	Biópsia – Por Segmento	200
80.45.008	Cirurgia de Lesão Cística - Enucleação/Marsupialização	480
80.45.009	Cirurgia de Osteoma/Odontoma	600
80.45.010	Cirurgia de Tórus Mandibular Unilateral	360
80.45.011	Cirurgia de Tórus Mandibular Bilateral	720
80.45.012	Correção de Bidas Musculares – Por Segmento	352
80.45.013	Correção de Tuberosidade Superior Direita	600
80.45.014	Correção de Tuberosidade Superior Esquerda	600
80.45.015	Curetagem Apical	460
80.45.016	Exodontia de Dente Permanente	192
80.45.017	Exodontia a Retalho de Dente Semi-Incluso	232
80.45.018	Exodontia de Raiz Residual	192
80.45.019	Alveoloplastia – Por Segmento	80
80.45.020	Exodontia de Dente Incluso ou Impactado	576
80.45.021	Frenectomia Labial Superior	360
80.45.022	Frenectomia Labial Inferior	360
80.45.023	Frenectomia Lingual	360
80.45.024	Drenagem e Incisão de Abscesso	192
80.45.025	Laço de Dente Incluso para Ortodontia	600
80.45.026	Reimplante de Dente	240
80.45.027	Sulcoplastia	360
80.45.028	Ulotomia/Ulectomia	180
80.45.029	Remoção de Tumor na Mandíbula	604
80.45.030	Cirurgia de Tumor Intra-Ósseo	604

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL - OBSERVAÇÕES:

- a) A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico – GTO e Plano de Tratamento.
- b) Para um melhor resultado da Avaliação Técnica, os Tratamentos Cirúrgicos deverão estar sempre acompanhados das radiografias correspondentes às Perícias Inicial e Final.
- c) Os Procedimentos de Cirurgia Odontológica, realizados por profissionais em ambiente hospitalar, serão remunerados de acordo com a Tabela AMB/CIEFAS (UNIDAS), transitoriamente, enquanto a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM não for implantada, cujos procedimentos nela estabelecidos deverão estar previamente autorizados pela Conab, por meio da respectiva Guia de Tratamento Odontológico – GTO.
- d) Para que sejam autorizados os Procedimentos Laço de Dente Incluso e Exodontia, indicados para o Tratamento Ortodôntico, é necessário que a Solicitação do Especialista em Ortodontia esteja apensada à GTO. Os Procedimentos de Apicetomia Com ou Sem Obturação Retrógrada deverão estar acompanhadas das respectivas radiografias, iniciais e finais.
- e) Para que o Procedimento Cirúrgico (Exodontia de Dente Permanente, Remoção de Dente Incluso e Cirurgias Maiores) seja realizado a contento, faz-se necessário constar no verso da GTO, o LIVRE CONSENTIMENTO do Paciente ou de seu Responsável, dando conta dos riscos e benefícios advindos da Cirurgia, devidamente Datado e Assinado pelo Paciente ou Responsável.
- f) O Cirurgião-Dentista deve orientar e fornecer, por escrito as recomendações pré e pós-operatórias, por ocasião da indicação/realização da Cirurgia.

80.50.000 – ORTODONTIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	USO
80.50.001	MANUTENÇÃO DE APARELHO MÓVEL – CONTROLE MENSAL	200
80.50.002	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO – CONTROLE MENSAL	240

ORTODONTIA – OBSERVAÇÕES:

- a) A Manutenção Mensal é um ato odontológico que requer conhecimentos específicos, portanto só pode ser executada por profissionais detentores do Título de Especialização em Ortodontia, devidamente registrado no Conselho Regional de Odontologia – CRO.
- b) Os pedidos de Manutenção Mensal para Aparatologia, tanto Fixa quanto Móvel, deverão conter o mês a que se destinam.
- c) Não serão autorizados pedidos extemporâneos de Manutenção Ortodontica, ou seja, somente serão emitidas Guias de Tratamento Odontológico – GTO dentro do mês em que se realizará a manutenção requerida.
- d) Cada beneficiário faz jus a 24 (vinte e quatro) Manutenções de Aparatologia Ortodontica (Móvel e Fixa), incluída, aí, a Fase de Contenção. Excepcionalmente, desde que justificadas por Laudo Ortodôntico, tais Manutenções poderão ser prorrogadas por mais 12 (doze), totalizando 36 (trinta e seis) meses.
- e) Toda vez que o Beneficiário deixar de comparecer ao Consultório, para realização da Manutenção prevista no Plano de Tratamento Ortodontico, a Companhia deverá ser comunicada pelo Profissional Assistente.
- f) Na hipótese de o empregado ser transferido para outra Regional, o Profissional Assistente deverá emitir Laudo Ortodôntico, detalhando os pontos do tratamento já realizado. Do mesmo modo, deverá o Profissional Assistente entregar ao Beneficiário a respectiva Documentação Ortodontica, de forma a criar maiores condições e facilidades para um novo contato com outro especialista, objetivando a continuidade do tratamento.



Companhia Nacional de Abastecimento
MINUTA DE AVISO DE CHAMAMENTO PÚBLICO – ANEXO VIII

AVISO DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO
EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE
SERVIÇO AO SAS – Nº 01/2017– SUREG/AP

A COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO – CONAB, Empresa Pública Federal com personalidade jurídica de direito privado, registro na ANS **33.418-9**, por meio de sua Superintendência Regional do Amapá, inscrita no CNPJ/MF 26.461.699/0478-10, localizada à Av. Iracema Cravão Nunes, Nº 267, Bairro Centro, CEP 68.900-099, Macapá-AP, torna público que estará credenciando, a partir da data da publicação deste Aviso, **pessoas jurídicas e físicas** prestadoras de serviços de assistência e atendimento médico-hospitalar, odontológico e afins, aos beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde – SAS. O credenciamento terá vigência pelo período de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, limitado até 60 (sessenta) meses, observados os pré-requisitos constantes do Edital de Chamamento Público para Credenciamento que se encontra à disposição dos interessados no Endereço: Av. Iracema Cravão Nunes, Nº 267, Bairro Centro, CEP 68.900-099, Macapá-AP e no site da Conab: www.conab.gov.br, contendo a relação de documentos e as demais condições necessárias à habilitação, bem como as condições de execução e informação quanto às tabelas que servirão de base para a remuneração dos serviços prestados. O credenciamento somente se efetivará após parecer favorável da área responsável da Conab e da assinatura do Termo de Credenciamento.

Macapá, 10 de Maio de 2017

ASDRÚBAL SILVA DE OLIVEIRA
Superintendência Regional do Amapá
Superintendente