

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

TABELA ODONTOLÓGICA

Plano Suplementar de Saúde da
Nuclep



NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP

TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO

1) No ato do atendimento deverá ser apresentada a carteira de identificação do beneficiário do Plano Suplementar de Saúde - PSS, acompanhada de um documento oficial de identificação.

É VEDADO AO CREDENCIADO COBRAR DIRETAMENTE DO BENEFICIÁRIO QUAISQUER IMPORTÂNCIAS A TÍTULO DE PAGAMENTO DE SERVIÇOS PRESTADOS, COBERTOS PELO PLANO.

2) Os documentos de cobrança deverão ser entregues nos escritórios da **NUCLEP**:

- Escritório no RJ: de 10 a 15 de cada mês;

Av. Marechal Câmara, 160 / 6º andar, sala 833 – Centro – Rio de Janeiro – CEP: 20020-080

- Sede em Itaguaí: até o dia 20 de cada mês.

Av. General Euclides de Oliveira Figueiredo, 200/500 – Brisamar - Itaguaí - RJ - CEP: 23825-410.

A partir da data de entrega dos documentos de cobrança à **NUCLEP**, o pagamento será efetuado em **30(trinta) dias**. As cobranças apresentadas em desacordo com as instruções ora estabelecidas serão glosadas e o credenciado terá o prazo máximo de **90(noventa) dias**, para recorrer.

Para evitar problemas relacionados aos pagamentos, solicitamos sua atenção especial para o perfeito preenchimento dos formulários com os códigos de descrição dos eventos, os números dos dentes, faces e quantidades. É obrigatório o preenchimento do odontograma com a situação inicial do beneficiário.

Certifique-se que os formulários não tenham rasuras e falta de rubricas e/ou assinaturas do beneficiário.

Os tributos incidentes sobre os valores a serem repassados, tais como Imposto sobre a Renda – IR, Contribuição ao Instituto Nacional de Seguro Social – INSS e outros, serão retidos e recolhidos pelo Sujeito Tributário assim definido na legislação vigente.

3) O prazo para conclusão dos tratamentos é de 12(doze) meses após a primeira consulta ou liberação da senha, podendo ser validado por mais 12(doze) meses com autorização da NUCLEP **(Exceto a Ortodontia)**.

A periodicidade é o período de tempo em que o procedimento está sobre a responsabilidade do Cirurgião-Dentista, que o realizou. Observar todos os procedimentos que necessitam de senha **(Ver em Critérios)**.

É OBRIGATÓRIO PASSAR PELO SETOR DE ODONTOLOGIA DA NUCLEP PARA A APROVAÇÃO E LIBERAÇÃO DE SENHA.

Os procedimentos referentes à Prótese e Ortodontia, necessitam de autorização prévia da NUCLEP, pois mensalmente é estimado um valor para a liberação desses procedimentos.

NÃO HÁ COBERTURA PARA IMPLANTES, PRÓTESES SOBRE IMPLANTES E CLAREAMENTOS EM DENTES VITALISADOS.

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO	VALOR	PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS
7601001-5	R\$ 17,60	CONSULTA INICIAL	A consulta somente poderá ser cobrada nos seguintes casos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Exame Bucal e conseqüentemente elaboração do plano de tratamento (orçamento); ✓ Emergências odontológicas.
7601002-3	R\$ 27,00	AUDITORIA	Análise do tratamento proposto e realizado.

PREVENÇÃO

CÓDIGO	VALOR	PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS
7602001-1	R\$ 32,00	RASPAGEM POR ARCADA COM PROFILAXIA (MANUAL E \ OU ULTRASOM)	Periodicidade de seis meses.
7602002-9	R\$ 16,50	ORIENTAÇÃO HIGIENE + TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO	Máximo uma sessão. Periodicidade de seis meses.
7602003-7	R\$ 11,00	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	Por arcada. Periodicidade de seis meses.
7602004-5	R\$ 9,62	APLICAÇÃO DE SELANTE POR ELEMENTO	Apenas em dentes hígidos \ Idade máxima 15 anos. Periodicidade de um ano.

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

RADIOLOGIA

CÓDIGO	VALOR	PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS
7603001-6	R\$ 6,05	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	Autorizadas para Clínicas Radiológicas e Consultórios.
7603002-4	R\$ 13,75	RADIOGRAFIA OCLUSAL	Autorizadas para Clínicas Radiológicas e Consultórios.
7603003-4	R\$ 7,15	RADIOGRAFIA BITE-WIG	Autorizadas para Clínicas Radiológicas e Consultórios.
7603004-1	R\$ 30,00	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	Autorizadas para Clínicas Radiológicas. Periodicidade de um ano.
7603005-9	R\$ 20,00	RADIOGRAFIA ATM	POR INCIDENCIA Só será autorizada até três incidências de cada lado. Autorizadas para Clínicas Radiológicas. Periodicidade de um ano.
7603006-7	R\$ 27,00	CEFALOMÉTRICA SEM TRAÇADO	Autorizadas para Clínicas Radiológicas. Periodicidade de um ano.
7603007-5	R\$ 6,32	FOTOGRAFIAS OU SLIDES	Autorizadas para Clínicas Radiológicas. Periodicidade de um ano.
7603008-3	R\$ 33,00	MODELOS DE ESTUDO OU ZOOCALADO	Autorizadas para Clínicas Radiológicas. Periodicidade de um ano.

NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO

7603009-2	R\$ 10,00	TRAÇADOS	Autorizadas para Clínicas Radiológicas. Periodicidade de um ano. <u>VALOR UNITÁRIO.</u>
7603010-9	R\$ 70,00	PERIAPICAL COMPLETO COM BITE-WIG	Autorizadas para Clínicas Radiológicas. Periodicidade de um ano.
7603011-7	R\$ 200,00	DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA	Autorizadas para Clínicas Radiológicas. <u>INCLUI:</u> Teleradiografia com traçado, Panorâmica com complementares. Cinco fotos, Cinco slides, Par de modelos, Laudo, Formulários e Pasta.

OBS.: Está incluso no custo das radiografias o filme radiológico utilizado. Todos os exames radiográficos autorizados para Clínicas Radiológicas deverão ser solicitados no receituário do dentista, com sua própria assinatura e carimbo. Será necessária senha de autorização da NUCLEP.

PERIODONTIA

CÓDIGO	VALOR	PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS
7604001-4	R\$ 123,00	PLACA DE MORDIDA (MIORRELAXANTE)	Periodicidade de um ano.
7604002-0	R\$ 34,00	CURETAGEM SUB-GENGIVAL POR HEMI-ARCADA COM POLIMENTO	RX inicial comprovando bolsa Periodontal. O valor da Radiografia está inclusa no valor do procedimento. Preenchimento da solicitação de tratamento com a medição das bolsas. <u>SENHA DE AUTORIZAÇÃO.</u>
7604003-8	R\$ 80,00	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO, GENGIVECTOMIA, GENGIVOPLASTIA COM OU SEM OSTEOPLASTIA.	Por Hemi-Arcada. Periodicidade de um ano.

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

7604004-6	R\$ 78,00	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO, GENGIVECTOMIA, GENGIVOPLASTIA COM OU SEM OSTEOPLASTIA.	Até três elementos. Periodicidade de um ano.
7604005-4	R\$ 23,10	GENGIVECTOMIA E GENGIVOPLASTIA	Por elemento. Periodicidade de um ano.
7604006-2	R\$ 74,00	RIZECTOMIA OU HEMI-SECÇÃO	Por elemento.
7604007-1	R\$ 83,00	ENXERTO GENIVAL PEDICULADO OU RETALHO DESLIZANTE APICAL	Por elemento. Periodicidade de um ano.
7604008-9	R\$ 35,00	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA - (ESPLITAGEM)	Mínimo três elementos.
7604009-7	R\$ 56,00	AUMENTO DE CORÔA CLÍNICA	Por elemento. Periodicidade de um ano.

OBS.: Os valores das Radiografias estão inclusas no valor do procedimento.

DENTÍSTICA

CÓDIGO	VALOR	PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS
7605001-7	R\$ 21,18	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA \ \ UMA FACE	Periodicidade de dois anos.
7605002-5	R\$ 27,50	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA \ \ DUAS FACES	Periodicidade de dois anos.
7605003-3	R\$ 31,90	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA \ \ TRES FACES	Periodicidade de dois anos.

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

7605006-8	R\$	27,50	RESTAURAÇÃO FOTO-POLIMERIZÁVEL \ \ UMA FACE	Periodicidade de dois anos.
7605007-6	R\$	37,12	RESTAURAÇÃO FOTO-POLIMERIZÁVEL \ \ DUAS FACES	Periodicidade de dois anos.
7605008-4	R\$	45,38	RESTAURAÇÃO FOTO-POLIMERIZÁVEL \ \ TRES FACES OU MAIS	Periodicidade de dois anos.
7605009-2	R\$	22,00	RESTAURAÇÃO DE IONÔMERO DE VIDRO	

OBS.: E obrigatória à indicação de face(s) a ser restaurada(s).

ENDODONTIA

CÓDIGO	VALOR	PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS
7606001-2	R\$	92,00	TRATAMENTO ENDODONTICO – UM CONDUTO Periodicidade de três anos. Apresentação de RX inicial e final.
7606002-1	R\$	136,00	TRATAMENTO ENDODONTICO – DOIS CONDUTOS Periodicidade de três anos. Apresentação de RX inicial e final.
7606003-9	R\$	186,00	TRATAMENTO ENDODONTICO – TRES CONDUTOS Periodicidade de três anos. Apresentação de RX inicial e final.
7606004-7	R\$	36,00	PULPECTOMIA Tratamento de emergência.

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

7606005-5	R\$ 119,00	DESOBSTRUÇÃO E RETRATAMENTO – UM CONDUTOS	Periodicidade de três anos. Apresentação de RX inicial e final. RESTRITO AO ENDODONTISTA.
7606006-3	R\$ 161,00	DESOBSTRUÇÃO E RETRATAMENTO – DOIS CONDUTOS	Periodicidade de três anos. Apresentação de RX inicial e final. RESTRITO AO ENDODONTISTA.
7606007-1	R\$ 213,00	DESOBSTRUÇÃO E RETRATAMENTO – TRES OU MAIS CONDUTOS	Periodicidade de três anos. Apresentação de RX inicial e final. RESTRITO AO ENDODONTISTA.
7606008-0	R\$ 54,00	CLAREAMENTO EM DENTES DESITALIZADOS	Periodicidade de dois anos.
7606009-8	R\$ 66,00	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO	RESTRITO AO ENDODONTISTA.
7606010-1	R\$ 230,00	APICETOMIA UNI OU MULTI- RADUCULAR COM OBTURAÇÃO RETROGADA, INCLUINDO CURETAGEM PERIAPIAL	RESTRITO AO ENDODONTISTA. Apresentação de RX inicial e final.
7606012-8	R\$ 32,00	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRA RADICULAR	

OBS.: Os valores das Radiografias estão inclusas no valor do procedimento.

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

PRÓTESE

CÓDIGO	VALOR	PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS
7607001-8	R\$ 375,00	PRÓTESE REMOVÍVEL – BILATERAL COM ESTRUTURA METÁLICA	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607002-6	R\$ 259,00	PRÓTESE REMOVÍVEL – UNILATERAL COM ESTRUTURA METÁLICA	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607003-4	R\$ 155,00	PRÓTESE REMOVÍVEL PROVISÓRIA	
7607004-2	R\$ 210,00	PONTE FIXA – MÉTALO PLÁSTICA POR ELEMENTO	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607005-1	R\$ 25,30	ELEMENTO PROVISÓRIO	
7607007-7	R\$ 247,00	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607008-5	R\$ 334,00	PRÓTESE TOTAL – SUPERIOR OU INFERIOR	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607009-3	R\$ 62,00	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL	Periodicidade de um ano.

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

7607010-7	R\$	25,30	CONCERTO DE PRÓTESE OU CIMENTAÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	
7607011-5	R\$	15,81	REPOSIÇÃO DE DENTE NA PRÓTESE	Por elemento.
7607012-3	R\$	91,40	CORÔA DE JAQUETA - ACRÍLICO	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607013-1	R\$	210,00	CORÔA VENEER	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607014-0	R\$	137,00	CORÔA TOTAL, 3/4 OU 4/5	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607015-8	R\$	76,00	NÚCLEO METÁLICO OU ROSQUEADO	Periodicidade de quatro anos.
7607017-4	R\$	28,46	AJUSTE OCLUSAL / DESGASTE SELETIVO	Por sessão.
7607018-2	R\$	131,00	RESTAURAÇÃO FUNDIDA EM METAL - BLOCO	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607019-1	R\$	506,00	PRÓTESE REMOVÍVEL COM ENCAIXE – BILATERAL	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

7607021-2	R\$ 82,00	ENCAIXE (FÊMEA)	Por elemento. Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607022-1	R\$ 345,00	CROA DE JAQUETA OU INLAY/ONLAY EM CERÂMICA PURA	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607023-9	R\$ 372,00	CROA DE JAQUETA (METALO-CERÂMICA)	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607024-7	R\$ 365,00	PONTE FIXA EM MÉTALO-CERÂMICA	Por elemento. Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607025-5	R\$ 365,00	PRÓTESE ADESIVA MÉTALO-PLÁSTICA	Três elementos. Periodicidade de quatro anos. Sugere-se para região anterior. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607026-3	R\$ 436,42	PRÓTESE ADESIVA MÉTALO-CERÂMICA	Três elementos. Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607027-4	R\$ 321,00	FACETA LAMINADA EM PORCELANA	Dentes anteriores. Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

7607028-7	R\$ 214,00	COROA DE JAQUETA OU INLAY \ ONLAY EM CEROMERO.	Periodicidade de quatro anos. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7607029-9	R\$ 33,00	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM RESINA FOTO OU IONÔMERO DE VIDRO	Periodicidade de quatro anos.
7607030-5	R\$ 33,00	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	

ODONTOPEDIATRIA

CÓDIGO	VALOR	PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS
7608001-3	R\$ 17,00	POLIMENTO CORONÁRIO POR ARCADA	Intervalo de seis meses.
7608002-1	R\$ 11,50	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR POR ARCADA	Intervalo de aplicação seis meses.
7608003-0	R\$ 13,80	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA	Só será admitida como proteção de elementos submetidos à mumificação.
7608004-8	R\$ 27,02	MUMIFICAÇÃO PULPAR	
7608005-6	R\$ 27,02	PULPOTOMIA	
7608006-4	R\$ 56,06	CORÔA DE AÇO OU POLICARBONATO PARA DENTES DECÍDUOS	Periodicidade de um ano.

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

7608007-2	R\$ 43,00	TRATAMENTO E OBTURAÇÃO DE CONDUTOS DECÍDUOS	Periodicidade de um ano.
-----------	-----------	---	--------------------------

CIRURGIA ORAL MENOR

CÓDIGO	VALOR	PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS
7609001-9	R\$ 27,00	ULOTOMIA	
7609002-7	R\$ 15,81	EXODONTIA DECÍDUO	
7609003-5	R\$ 40,00	EXODONTIA PERMANENTE	Apresentação de RX inicial e final.
7609004-3	R\$ 120,00	EXODONTIA DE DENTES INCLUSOS OU IMPACTADOS	Apresentação de RX inicial e final.
7609005-1	R\$ 48,88	ALVEOPLASTIA	Por arcada.
7609006-0	R\$ 64,69	BIÓPSIA POR EXCISÃO	
7609007-8	R\$ 31,62	BIÓPSIA INCISIONAL	
7609008-6	R\$ 64,69	SULCOPLASTIA	Por arcada.

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

7609009-4	R\$	55,00	FRENECTOMIA	
7609010-8	R\$	60,00	REDUÇÃO DE TUBEROSIDADE - UNILATERAL	
7609011-6	R\$	134,00	REDUÇÃO DE TUBEROSIDADE - BILATERAL	
7609012-4	R\$	140,00	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FISTULA BUCO-NASAL	
7609013-2	R\$	64,69	CURETAGEM EM FOCO RESIDUAL	
7609015-9	R\$	48,88	DRENAGEM DE ABCESSO	
7609016-7	R\$	82,00	REMOÇÃO DE CÁLCULO SALIVAR VIA ORAL	
7609017-5	R\$	77,00	CORREÇÃO DE TÓRUS PALATINO OU MANDIBULAR	
7609018-3	R\$	198,00	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO OU RESTOS DE RAÍZES NO SEIO MAXILAR	
7609019-1	R\$	89,12	REMOÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	
7609020-5	R\$	104,00	LAÇAMENTO DE DENTES INCLUSOS	

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

7609021-3	R\$	80,00	REIMPLANTE DE DENTES AVULSIONADOS POR CAUSAS TRAUMÁTICAS
7609022-1	R\$	77,62	EXCISÃO DE RÂNULA, MUCOCELE OU CÁLCULO SALIVAR
7609024-8	R\$	150,00	APICETOMIA UNIRRADICULAR
7609025-6	R\$	200,00	APICETOMIA BIRRADICULAR
7609026-4	R\$	232,00	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LÁBIO LEPORINO
7609027-2	R\$	227,12	RECONSTITUIÇÃO DE LÁBIO TRAUMATIZADO
7609028-1	R\$	155,00	CIRURGIA DE OSTEOMA OU ODONTOMA
7609029-9	R\$	72,00	EXCISÃO DE CUNHA DE LÁBIO + SUTURA
7609030-2	R\$	106,38	CIRURGIA DE CISTOS DE DESENVOLVIMENTO
7609031-1	R\$	142,00	MARZUPIALIZAÇÃO DE CISTOS
7609032-4	R\$	102,00	SINUSOTOMIA

**NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP
TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO**

7609033-8	R\$	15,00	SUTURA SIMPLES DE LABIO OU FACE POR NÓ CIRURGICO
7609034-5	R\$	30,00	TRATAMENTOS DE HEMORRAGIAS OU ALVEOLITES

OBS.: Os valores das Radiografias estão inclusas no valor do procedimento.

ORTODONTIA E ORTOPEDIA

CÓDIGO	VALOR	PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS
7611001-1	R\$	117,01	ORTODONTIA PREVENTIVA Arcadas Superior e Inferior. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7611002-0	R\$	111,00	MANTENEDORES DE ESPAÇO SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7611003-8	R\$	77,00	PLANOS INCLINADOS Arcadas Superior e Inferior. SENHA DE AUTORIZAÇÃO.
7611010-1	R\$	119,00	CORRETIVO FIXO CONTROLE MENSAL Arcadas Superior e Inferior. Autorizadas 24 parcelas. SENHA DE AUTORIZAÇÃO. SOMENTE PARA O INÍCIO DO TRATAMENTO. (1ª PARCELA)
7611017-8	R\$	69,00	CORRETIVO MÓVEL CONTROLE MENSAL Arcadas Superior e Inferior. Autorizadas 18 parcelas. SENHA DE AUTORIZAÇÃO. SOMENTE PARA O INÍCIO DO TRATAMENTO. (1ª PARCELA)

NUCLEBRÁS EQUIPAMENTOS PESADOS S/A – NUCLEP TABELA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS – TSO

OBSERVAÇÕES:

Todos os tratamentos ortodônticos deverão ser encaminhados a **NUCLEP** para autorização acompanhados de:

- Laudo;
- Plano de tratamento;
- Tempo de duração;
- Exames.

A partir desta data estão suspensos os pagamentos dos aparelhos corretivos em 03 (três) parcelas. Os valores foram divididos para: Orto fixa em 24 (vinte e quatro) parcelas e serão embutidos nos valores de controle mensal e para Orto móvel em 18 (dezoito) parcelas também embutidas no controle mensal.

Estão inclusos nos valores dos procedimentos ortodônticos a aparelhagem necessária para a correção e a placa de contenção.

A colocação do aparelho será permitida **UMA ÚNICA VEZ** ao beneficiário.

A substituição do aparelho danificado, quebrado ou extraviado, será de inteira responsabilidade do beneficiário junto ao profissional credenciado.

Para fins de perícia inicial todos os laudos para tratamento ortodôntico deverão conter:

- Diagnostico;
- Tipo de aparelho;
- Número de arcadas.