

ACORDO COLETIVO DE TRABALHO QUE ENTRE SI CELEBRAM, NA FORMA ABAIXO, DE UM LADO A COMPANHIA CAMPOLARGUENSE DE ENERGIA – COCEL, INSCRITA NO CNPJ Nº 75.805.895/0001-30 E DE OUTRO LADO O SINDICATO DOS TRABALHADORES NAS CONCESSIONÁRIAS DE ENERGIA ELÉTRICA E ALTERNATIVAS NO ESTADO DO PARANÁ – SINDELPAR, INSCRITO NO CNPJ Nº 84.891.589/0001-55.

A COCEL e o SINDELPAR, este em nome dos empregados da primeira, compreendidos na categoria profissional que representa, celebram o presente ACORDO COLETIVO DE TRABALHO com vigência de 01º de julho de 2022 a 30 de junho de 2023, de conformidade com as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA

A COCEL concederá a todos os empregados correção salarial na ordem de 11,90% (onze vírgula noventa por cento), percentual este referente a média apurada no período do IPCA (IBGE) e INPC (IBGE), aplicando-se esse percentual sobre os salários vigentes em 30 de junho de 2022.

Parágrafo único: O reajuste previsto na presente cláusula será aplicado sobre o valor de todos os benefícios constantes neste Acordo Coletivo, com exceção do Vale Alimentação, ao qual foi aplicado um reajuste maior.

CLÁUSULA SEGUNDA

A COCEL pagará aos seus empregados o valor correspondente a 40% (quarenta por cento) da remuneração mensal respectiva, a título de Gratificação de Férias, devida por ocasião do pagamento das férias dos mesmos.

CLÁUSULA TERCEIRA

A COCEL efetuará o pagamento da primeira metade, 50% (cinquenta por cento), do 13º salário a todos os seus empregados, até o mês de Junho de 2023, desde que não haja prévia e expressa oposição por parte do empregado.

CLÁUSULA QUARTA

A COCEL procederá aos descontos dos valores relativos à eventual saldo negativo dos funcionários por ocasião do pagamento do adiantamento salarial, no mês subsequente àquele em que se verificou o saldo negativo.

CLÁUSULA QUINTA

A COCEL manterá o pagamento das horas extraordinárias laboradas de Segunda à Sábado na proporção de 60% (sessenta por cento) e, nos domingos e feriados a razão de 130% (cento e trinta por cento) de acréscimo sobre o valor nominal, desde que devidamente formalizadas e autorizadas pelo Diretor da respectiva área, devendo o empregado apresentar, quando do encaminhamento do pedido de pagamento de horas extras ao superior responsável, relatório descrevendo as atividades desenvolvidas em horário extraordinário.

Parágrafo primeiro: Os empregados da COCEL em regime de escala (plantão), que laborem em dias destinados a folga (dsr), perceberão a hora normal acrescida do adicional de 130% (cento e trinta por cento).

Parágrafo segundo: O empregado em regime de sobreaviso receberá 1/3 (um terço) do total destas horas, as laboradas serão pagas na forma de horas extras e não serão incluídas na totalização das horas de sobreaviso.

Parágrafo terceiro: A convocação para o período de sobreaviso para o trabalho será realizada por meio de aparelho de celular, e os funcionários do teleatendimento estão inseridos no regime de sobreaviso, quando se fizer necessário. O funcionário terá no máximo 15 minutos para comparecer a sede da COCEL, ou se comunicar com o plantão informando sua localização, após emitida a convocação. O funcionário receberá o aparelho de celular e assumirá inteira responsabilidade sobre o mesmo, a partir das 17h00 (dezesete) horas de sexta-feira e véspera de feriado e devolverá as 07h00 (sete) horas do dia subsequente ao período de sobreaviso ou no início do expediente nos casos que este for diverso, em que pese o período de sobreaviso começar somente a partir da 0h00 hora (meia noite).

Parágrafo quarto: O não comparecimento ou o comparecimento sem condições de trabalho acarretará ao funcionário as penalidades previstas em lei.

CLÁUSULA SEXTA

Fica instituído o BANCO DE HORAS, exclusivamente para os empregados lotados nos setores de trabalho caracterizados como "área administrativa", com exceção do teleatendimento (call center), destinado a gerenciar as horas laboradas pelos funcionários em regime de hora extra e as horas devidas por funcionários por motivos de faltas e ausências.

Parágrafo primeiro: Os funcionários que laborarem em horário extraordinário, devidamente cientificado e aprovado por sua gerência, terão, segundo seu interesse, prazo para compensá-las até a data de fechamento do Banco de Horas, o qual acontece a cada 120 dias. Sendo que, findo este período, eventual saldo positivo de horas deverá ser pago pela empresa com o respectivo adicional.

Parágrafo segundo: As horas laboradas de segunda a sábado, que possuem adicional de hora extra de 60% serão convertidas na proporção de 1h laborada para 1h36min de compensação.

Parágrafo terceiro: As horas laboradas em domingos e feriados que tenham adicional de hora extra de 130% serão convertidas na proporção de 1h laborada para 2h18 min de compensação.

Parágrafo quarto: As horas devidas por funcionários por motivo de faltas e ausências deverão ser compensadas na proporção de 1h não laborada para 1h de compensação.

Parágrafo quinto: O funcionário poderá compensar dias úteis entre final de semana ou, ainda, em datas especiais, com o acréscimo de jornada em outros dias, devendo, todavia, comunicar tal fato, com antecedência mínima de uma semana, ao superior responsável. Neste caso, os acréscimos de jornada não serão computados, em qualquer hipótese, como hora extraordinária.

Parágrafo sexto: Os funcionários que eventualmente não laborarem todas as horas normais num mês, ou seja, que fiquem devendo horas a laborar para a empresa, devidamente justificada e aprovada por sua gerência, terão, segundo seu interesse, prazo para pagá-las até a data de fechamento do Banco de Horas, o qual acontece a cada 120 dias. As horas faltantes que não forem compensadas até a data do fechamento do Banco de Horas serão descontadas pela empresa na folha do mês então vigente.

CLÁUSULA SÉTIMA

Os empregados lotados nos setores de trabalho caracterizados como “área operacional” exercerão, de forma alternada, e a critério da COCEL, as seguintes jornadas de trabalho:

- 08h00 diárias, de segunda a sexta feira, das 07h30 às 11h30 e das 13h00 às 17h00, com 01h30min (uma hora e meia) de intervalo para refeição e descanso;
- 08h21min diárias, em regime de trabalho designado 6x3 (seis dias de trabalho por três dias de descanso remunerado), com 01 (um) hora de intervalo para refeição e descanso, com fundamento no artigo 7º, inciso XIV da Constituição Federal;
- Jornada prevista no artigo 59-A da Consolidação das Leis do Trabalho designada 12X36 (doze horas de trabalho por trinta e seis horas ininterruptas de descanso), com 02 (duas) horas de intervalo para refeição e descanso. Considerando-se que a COCEL adotará a jornada em questão no período noturno, os funcionários designados a fazer esta jornada laborarão 9h07min, já computado o redutor da hora noturna.

Parágrafo primeiro: Os funcionários que estiverem escalados para iniciar a jornada 12 X 36 e que, por vontade própria e consenso entre as 2 (duas) equipes, quiserem optar por trabalhar 2 (dois) dias consecutivos e folgar 2 (dois), poderão assim o fazer, desde que solicitem com antecedência à Divisão de Recursos Humanos e preencham o formulário específico. Caso não haja uma concordância absoluta entre as equipes o que prevalecerá será a jornada já pré-estabelecida.

CLÁUSULA OITAVA

Será permitido à COCEL alterar o horário dos funcionários que laborarem no teleatendimento (call center) de 08 horas para 06 horas, sem que isto gere direito adquirido ou incorporação do direito à jornada destes, de forma que poderão ser reconduzidos à função anterior com jornada de 08 horas.

Parágrafo primeiro: A alteração de horário de que trata a Cláusula Oitava deverá ser formalizada mediante acordo escrito entre o empregado e a COCEL.

Parágrafo segundo: Será permitido à COCEL remanejar provisoriamente funcionários que laboram no teleatendimento, para que eles auxiliem no Setor de Atendimento em horários de grande movimento de consumidores.

CLÁUSULA NONA

Mantém-se o PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS, que faz parte integrante do presente, constituindo em garantia de progressão vertical, horizontal e de remuneração para os empregados da empresa.

CLÁUSULA DÉCIMA

A COCEL manterá o benefício do Plano de Saúde aos empregados, na modalidade de Plano Coletivo Empresarial em Pré-Pagamento, visando proporcionar aos seus empregados e dependentes legais assistência médica e procedimentos complementares de natureza diagnóstica, terapêutica e hospitalar, com acomodação em enfermaria, sendo que os custos de tal contratação serão arcados pela COCEL e pelos seus empregados.

Parágrafo primeiro: Os empregados da COCEL participarão observando a proporção de 75,89% (setenta e cinco vírgula oitenta e nove por cento) do valor definido por titular e de 18,03% (dezoito vírgula zero três por cento) do valor definido por dependente para a contratação do Plano Coletivo Empresarial em Pré-Pagamento.

Parágrafo segundo: Os empregados da COCEL poderão optar pela contratação de plano de assistência médica, ora contratada por meio de procedimento licitatório, com

acomodação em enfermaria ou apartamento, sendo tal diferença arcada exclusivamente pelo empregado.

Parágrafo terceiro: Serão considerados como dependentes dos empregados da COCEL para fins do recebimento do benefício do plano de assistência médica de que trata esta cláusula as pessoas a seguir citadas:

- 1) Cônjuge;
- 2) Filhos solteiros até 24 anos incompletos;
- 3) Enteado, menor sob a guarda por força de decisão judicial e menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- 4) Convivente, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
- 5) Filhos comprovadamente inválidos, sem limite de idade.

Parágrafo quarto: Serão considerados como dependentes dos empregados da COCEL, para fins de recebimento dos demais benefícios previstos no Acordo Coletivo, que não o plano de assistência médica previsto na Cláusula Décima Primeira, as pessoas abaixo descritas:

- 1) Cônjuge ou companheiro (a) com o qual o empregado tenha filho ou viva em união estável;
- 2) Filho (a) ou enteado (a) até 18 (dezoito) anos, ou, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- 3) Filho (a) ou enteado (a) universitário (a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos;
- 4) Irmão (ã), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais, do qual o funcionário detém a guarda judicial, até 18 (dezoito) anos, ou em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- 5) Irmão (ã), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais, com idade de 18 (dezoito) até 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de 2º grau, desde que o empregado tenha detido a guarda até os 18 (dezoito) anos;
- 6) Menor pobre, até 18 (dezoito) anos, que o empregado crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;



- 7) Pessoa absolutamente incapaz, da qual o empregado seja tutor ou curador.

Parágrafo quinto: Os empregados deverão apresentar declaração firmada indicando quem são os dependentes que pretendem incluir perante a COCEL e quem são os dependentes que pretendem incluir perante a Contratada responsável pelo Plano de Saúde, bem como deverão comprovar a relação de dependência apontada.

Parágrafo sexto: Não mais serão considerados como dependentes, para fins de recebimento dos benefícios constantes do Acordo Coletivo de Trabalho, os pais, avós ou bisavós dos empregados. Serão, todavia, mantidos como dependentes os pais, avós ou bisavós que já foram incluídos pelo empregado perante a COCEL até a data do presente acordo coletivo de trabalho, devendo ser apresentada anualmente a comprovação de renda, que não poderá ser superior ao valor estipulado pela Receita Federal para fins de isenção de imposto de renda.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

A COCEL subsidiará 65% (sessenta e cinco cento) do valor das despesas com medicamentos terapêuticos de seus funcionários e dependentes, desde que adquiridos diretamente pelos funcionários, e mediante apresentação de receita médica.

Parágrafo primeiro: Caso os medicamentos sejam adquiridos mediante convênio ASCEL, a COCEL subsidiará 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas com medicamentos terapêuticos que se encontrem justificadas em receituário médico.

Parágrafo segundo: Não serão considerados para fins de reembolsos, medicamentos não aprovados pela ANVISA, suplementos alimentares, de reposição hormonal, cosméticos e quaisquer outros medicamentos que tenham exclusiva finalidade estética, exceto os destinados ao tratamento de acidente de trabalho e doenças. Neste caso, obrigatoriamente, deverá ser fornecido pelo médico o CID - Código Internacional de Doença e eventuais exames comprobatórios.

Parágrafo terceiro: As solicitações de reembolso de medicamentos com receituário médico, inclusive os adquiridos através do Convênio Ascel, passarão por análise do Médico do Trabalho desta concessionária.

Parágrafo quarto: O valor a ser reembolsado, referente ao benefício previsto na presente cláusula será pago na data de pagamento do salário, devendo o comprovante de pagamento da despesa ser apresentado pelo funcionário com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

A COCEL disponibilizará aos seus empregados crédito no valor de R\$ 1.350,00 (mil, trezentos e cinquenta reais) ao mês, no cartão alimentação, durante a vigência deste acordo.

Parágrafo primeiro: Não terá direito à liberação do crédito no cartão, quando o empregado não estiver no exercício de suas funções na empresa.

Parágrafo segundo: Na hipótese de ter a empresa disponibilizado o crédito no cartão no caso citado no parágrafo primeiro, a COCEL poderá descontar o valor do crédito fornecido indevidamente na disponibilização de créditos nos meses seguintes.

Parágrafo terceiro: É devida a disponibilização de crédito no cartão alimentação quando o empregado estiver afastado por motivo de doença ou acidente de trabalho bem como, durante o período de gozo de férias, durante o período de licença maternidade, paternidade.

Parágrafo quarto: No valor previsto no *caput* da presente cláusula já está incluído o valor referente à refeição café da manhã.

Parágrafo quinto: O colaborador poderá optar por fracionar o valor previsto na presente cláusula entre "alimentação" ou "refeição", nas proporções de 70% e 30% indistintamente. A opção pelo fracionamento do valor conforme estabelecido no presente parágrafo deverá ser comunicada à Divisão de Recursos Humanos até o dia 25 de cada mês.



CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

A COCEL fornecerá vale transporte para seus funcionários, os quais em sua admissão ou revisão cadastral preencherem o formulário, optando pela utilização de transporte coletivo. O valor do vale transporte será deduzido do empregado até o limite de 6% (seis por cento) do seu salário base.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA

A COCEL subsidiará atendimento odontológico aos seus empregados e dependentes, mediante sistema de reembolso, especificamente para a realização dos procedimentos previstos na tabela que integra o Anexo I do presente Acordo Coletivo de Trabalho, nos valores e condições previstas em tabela, nas seguintes proporções:

- 80,0% a cargo da COCEL;
- 10,0% a cargo do SINDELPAR, e
- 10,0% a cargo do empregado.

Parágrafo primeiro: A COCEL subsidiará tratamento de próteses aos seus empregados e dependentes, mediante sistema de reembolso, nos valores e condições previstas na tabela que integra o Anexo I do presente Acordo Coletivo de Trabalho, nas seguintes proporções:

- 80,0% a cargo da COCEL, e
- 20,0% a cargo do empregado.

Parágrafo segundo: A COCEL subsidiará implantes dentários aos seus empregados, limitado a 04 (quatro) implantes ao ano por empregado, mediante sistema de reembolso, nos valores e condições previstas na tabela que integra o Anexo I do presente Acordo Coletivo de Trabalho, nas seguintes proporções:

- 50% a cargo da COCEL e,
- 50% a cargo do empregado.

Parágrafo terceiro: Os orçamentos e serviços odontológicos poderão ser submetidos à auditoria prévia por parte da COCEL, e a critério desta, quando o valor for igual ou superior a R\$ 1.255,65 (mil, duzentos e cinquenta e cinco reais e sessenta e cinco centavos).

Parágrafo quarto: O valor a ser reembolsado referente ao benefício previsto na presente cláusula será pago na data de pagamento do salário, devendo o comprovante de pagamento da despesa ser apresentado pelo funcionário com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

A COCEL pagará a título de “gratificação de Natal”, no mês de Dezembro de 2022, por meio de disponibilização de crédito, o valor de R\$ 999,42 (novecentos e noventa e nove reais e quarenta e dois centavos), no cartão alimentação de seus empregados.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

Até 15% (quinze por cento) do lucro líquido apurado anualmente, após as deduções definidas no Art. 28 do Estatuto Social da COCEL, serão distribuídos como prêmio, a título de Participação nos Lucros, aos empregados da Companhia integrantes do quadro de carreira, à critério do Conselho de Administração da empresa, desde que os dividendos acusados no exercício sejam iguais ou superiores a 25% (vinte e cinco por cento) do lucro líquido.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA

Será concedida Bolsa de Estudos exclusivamente aos empregados da COCEL, mediante o sistema de reembolso, no limite máximo de R\$ 610,89 (seiscentos e dez reais e oitenta e nove centavos) mensais para os cursos de Ensino Fundamental e Ensino Médio e de R\$ 1.218,75 (um mil, duzentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos) mensais para cursos de Educação Superior, de Pós Graduação ou de Especialização Profissional, sendo que a empresa não efetuará o pagamento de horas extras, inclusive em cursos ministrados nas dependências da empresa.

Parágrafo primeiro: O empregado terá direito à percepção do valor referente a uma Bolsa de Estudos por mês.

Parágrafo segundo: Caso o empregado, beneficiário da bolsa de estudos prevista no caput, não seja aprovado no ano letivo ou disciplina que estiver cursando, perderá o mesmo o direito à percepção dos valores referentes à bolsa de estudos, até que venha a ser aprovado no respectivo período ou disciplina.

Parágrafo terceiro: Em caso de desistência do curso por parte do beneficiário da bolsa de estudos prevista no caput, o mesmo deverá devolver todos os valores recebidos da COCEL, na forma de reembolso, para o pagamento das mensalidades.

Parágrafo quarto: Para os cursos relativos à educação superior (universitário, pós graduação e especialização profissional), o funcionário somente fará jus a percepção dos valores referentes à bolsa de estudos prevista no caput se o curso no qual estiver matriculado for inerente com as funções que exerça na COCEL.

Parágrafo quinto: Somente será concedida pela Cotel uma Bolsa de Estudos por nível de escolaridade, sendo eles: 1) Ensino Fundamental; 2) Ensino Médio, no qual se inclui para fins de concessão do benefício estabelecido no caput o Curso de Profissionalização pós médio; 3) Ensino Superior; e 4) Pós graduação (especialização, mestrado, doutorado e pós doutorado).

Parágrafo sexto: Não serão reembolsadas pela COCEL eventuais diferenças de valores havidas em razão da aplicação de juros, multa e correção monetária, decorrentes do atraso no pagamento da mensalidade do curso pelo funcionário.

Parágrafo sétimo: O valor a ser reembolsado, referente ao benefício previsto na presente cláusula, será pago na data de pagamento do salário, devendo o comprovante de pagamento da despesa ser apresentado pelo funcionário com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis.

Parágrafo oitavo: As solicitações para Bolsas de Estudos deverão ser realizadas até o mês de novembro de cada ano, para início do curso no ano subsequente, para que se possa incluir a despesa no Plano Orçamentário do exercício seguinte.

Parágrafo nono: O colaborador que usufruir do benefício previsto na presente cláusula, ou de qualquer treinamento que seja custeado pela empresa, comprometer-se-á a manter o contrato de trabalho junto à esta concessionária pela metade do período destinado a realização do curso, sob pena de devolução dos valores investidos pela COCEL.



CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA

A COCEL concederá ajuda de custo com a finalidade de subsidiar as despesas escolares de seus empregados e de seus dependentes que estejam cursando as séries de educação infantil ou Ensino Fundamental em instituição de ensino pública. O valor de tal subsídio será pago em parcela única (anualmente) e por dependente na data de pagamento do salário, por meio da comprovação da efetiva matrícula do aluno. O valor a ser pago seguir a seguinte tabela:

EDUCAÇÃO INFANTIL	(de 0 a 6 anos)	R\$ 462,34 (quatrocentos e sessenta e dois reais e trinta e quatro centavos)
ENSINO FUNDAMENTAL	(de 1ª a 9ª séries)	R\$ 552,19 (quinhentos e cinquenta e dois reais e dezenove centavos)

Parágrafo primeiro: Caso o beneficiário da ajuda de custo prevista no caput não seja aprovado no ano letivo ou disciplina que estiver cursando, perderá o mesmo o direito à percepção dos valores referentes ao benefício, até que venha a ser aprovado no respectivo período ou disciplina.

Parágrafo segundo: O valor a ser reembolsado, referente ao benefício previsto na presente cláusula será pago na data de pagamento do salário, devendo o comprovante de pagamento da despesa ser apresentado pelo funcionário com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA

A COCEL subsidiará até o valor de R\$ 840,11 (oitocentos e quarenta reais e onze centavos) por ano, a confecção e manutenção de óculos de grau ou lentes de contato corretivas, a todo empregado e seus dependentes que por necessidade e mediante receituário médico precisar fazer uso.

Parágrafo primeiro: O subsídio de que trata o caput será efetuado mediante sistema de reembolso, a ser pago na data de pagamento do salário, devendo a nota fiscal e receita ser apresentadas pelo funcionário com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis.

Parágrafo segundo: Caso se faça necessária a confecção ou manutenção de óculos de grau ou lentes de contato corretivas, por mais de uma vez durante o ano, por exigência médica, devidamente fundamentada, a COCEL arcará com tais custos adicionais até o valor de RS 840,11 (oitocentos e quarenta reais e onze centavos).

Parágrafo terceiro: Além do benefício de que trata o caput, a COCEL subsidiará a confecção de lentes corretivas para os óculos de segurança de seus funcionários, devendo o empregado, cuja função exija a utilização de tal equipamento de proteção, apresentar a receita médica junto à Divisão de Recursos Humanos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA

A COCEL continuará a disponibilizar a seus empregados, para livre e espontânea adesão, um "PLANO DE PREVIDÊNCIA PRIVADA" apresentado e proposto pela "BRASILPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.", observando como princípio basilar a geração de uma complementação de aposentadoria aos mesmos, conforme contrato firmado em 15 de agosto de 2003.

Parágrafo primeiro: A COCEL contribuirá mensalmente, em favorecimento individual dos aderentes com a importância correspondente a aplicação do percentual de 30% sobre a mensalidade arcada por estes, até o limite de R\$ 781,86 (setecentos e oitenta e um reais e oitenta e seis centavos) mensais por empregado, valor que será atualizado monetariamente na mesma data base e índice do plano contratado.

Parágrafo segundo: Considerar-se-á como mensalidade, para efeitos de aplicação e levantamento do percentual de 30%, o valor da contribuição fixa do empregado, apurada no período mínimo de 12 meses.

Parágrafo terceiro: Não serão consideradas como mensalidades as aplicações eventuais contribuídas pelos empregados.

Parágrafo quarto: Não serão consideradas como mensalidades as majorações eventuais contribuídas pelos empregados.

Parágrafo quinto: Para que as majorações das contribuições mensais dos empregados sejam consideradas como mensalidades, para fins de aplicação e levantamento do percentual de 30%, o valor do acréscimo deve ser mantido pelo período mínimo de doze meses.

Parágrafo sexto: As contribuições prestadas pela COCEL apenas serão incorporadas ao patrimônio do empregado e colocadas à disposição deste quando da extinção do contrato de trabalho por aposentadoria ou falecimento do mesmo.

Parágrafo sétimo: A incorporação ou levantamento da participação da companhia dependerá de deliberação e autorização expressa da Diretoria, a ser tomada no prazo de 10 dias.

Parágrafo oitavo: Fica a COCEL autorizada a descontar o valor da contribuição mensal do empregado diretamente da folha de pagamento, obrigando-se a transferi-la para “BRASILPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.”.

Parágrafo Nono: Para novas adesões e aumento das contribuições, as solicitações deverão ser realizadas até o mês de novembro de cada ano, para que se possa incluir no Plano Orçamentário do ano seguinte.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA

A COCEL se compromete, nos casos de justa causa de que trata o artigo 482 da CLT, a somente demitir o empregado depois de apurados os fatos, por meio de procedimento administrativo disciplinado em suas normas internas e com ciência do Sindicato para acompanhamento, se de seu interesse, dos atos do processo.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA

A licença maternidade legal de 120 (cento e vinte dias), será ampliada em 60 (sessenta) dias, mediante requerimento da mãe biológica ou adotiva, até o final do primeiro mês após o parto, na forma do artigo 1º, § 1º, da Lei nº 11.771/2008. No período da prorrogação da licença maternidade, a empregada não poderá exercer qualquer atividade remunerada e a criança não poderá ser mantida em creche ou organização similar, sob

pena de perda da prorrogação. Esta regra vale para as mães cuja licença maternidade esteja em curso.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA

A COCEL prorrogará por 15 (quinze) dias a duração da licença-paternidade, além dos 5 (cinco) dias estabelecidos no § 1º do art. 10 do Atc das Disposições Constitucionais Transitórias, desde que o empregado a requeira no prazo de 2 (dois) dias úteis após o parto e comprove participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade responsável.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA

A COCEL concederá para cada empregado até 18 (dezoito) horas de ausência ao ano, sem reposição, para acompanhamento de dependentes menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 65 (sessenta e cinco) anos, e cônjuge, desde que este se submeta a exame que necessite sedação, para assistência médica/hospitalar, mediante a apresentação de declaração ou atestado médico, especificando o nome do atendido, e, no caso de cônjuge, informando a necessidade de sedação.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA

A COCEL concederá para cada empregado até 18 (dezoito) horas de ausência ao ano, sem reposição, quando houver a necessidade de realizar consultas médicas, exames médicos e laboratoriais, mediante a apresentação de declaração a ser emitida pelo profissional responsável.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA

A COCEL arcará com o custo para realização de exame toxicológico exigível para renovação de Carteira Nacional de Habilitação, para todos os empregados, cujo desempenho das funções demanda habilitação nas categorias C, D e E.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA

A COCEL poderá, a seu critério, conceder férias para seus colaboradores de forma fracionada, desde que haja concordância expressa por parte do empregado. Neste caso as mesmas poderão ser usufruídas em até três períodos, sendo que um deles não poderá ser inferior a quatorze dias corridos e os demais não poderão ser inferiores a cinco dias

corridos, cada um. Do período restante de direito, será deduzido, quando for o caso, o abono pecuniário (CLT 143), pago no mês de quitação das férias.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA

Fica acordado que a jornada semanal legal de trabalho para os empregados mensalistas é de 40 (quarenta) horas, no forma do disposto no Art. 7º, XIII da Constituição Federal. Para efeito de cálculo de horas extras, horas extraordinárias de escalas, adicionais noturnos, sobreavisos, bem como para o caso de atraso e faltas sem justificativa, será adotado o divisor 200 (duzentos), excetuando-se a jornada legal de 6 (seis) horas, que possui divisor de 180 (cento e oitenta), e teleatendimento 165 (cento e sessenta e cinco) horas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA

O empregado mensalista que faltar ao serviço fica sujeito à perda da remuneração do repouso semanal, a teor do que dispõe o artigo 6º da Lei 605/1949.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA

A COCEL se compromete em não fixar salário-base abaixo do salário mínimo regional, referencial este reconhecido como o início da faixa salarial estabelecida para o seu cargo, determinado através de Lei Estadual, em respeito ao corpo funcional desta companhia, valorizando o conhecimento, a competência e o desempenho da força de trabalho.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA

A COCEL manterá seguro de vida em grupo para todos os seus empregados com, no mínimo, Garantia Básica de Morte (GBM), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA); Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e Auxílio Funeral.

Parágrafo único: Os empregados poderão acrescer o capital segurado, sendo que o custo adicional é de responsabilidade do requerente, o qual deverá solicitar e autorizar seu desconto automático na folha de pagamento.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA

Fica estipulado que os operadores/controladores de serviço que estiverem trabalhando em escala de revezamento receberão a título de auxílio penosidade o percentual de 5% sobre o salário base inicial do cargo de operador/controlador.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA TERCEIRA

No caso de alteração do controle acionário majoritário por qualquer motivo, a COCEL ficará impedida de realizar dispensas sem justa causa de empregado, pelo prazo de 05 (cinco) anos, a contar da alteração do controle acionário. O descumprimento implicará no pagamento de indenização correspondente a 04 (quatro) remunerações do empregado por ano trabalhado.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA QUARTA

A COCEL pagará o valor diário de R\$ 30,00 (trinta reais), a título de alimentação, para viabilizar o exercício das funções pelos empregados que estiverem prestando serviços nas áreas previstas no Anexo II do presente instrumento, a fim de evitar o deslocamento desses funcionários no intervalo intrajornada para a sede da empresa. Acordam as partes que o valor de diária estabelecido na presente cláusula possui natureza indenizatória.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA QUINTA

A COCEL manterá todas as conquistas constantes em acordos coletivos anteriores e termos aditivos, desde que não modificados pelo presente ACT.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEXTA

A COCEL descontará dos empregados, em favor do Sindicato, a título de custeio da companhia salarial, os valores deliberados e aprovados na assembleia.

E, por estarem assim certas e concordes, as partes assinam o presente instrumento em 3 (três) vias, juntamente com as testemunhas, a fim de que produza seus efeitos legais.



Campo Largo, 01 de julho de 2022.



COMPANHIA CAMPOLARGUENSE DE ENERGIA - COCEL
José Arlindo Lemos Chemin

SINDELPAR

Paulo Sérgio dos Santos - Presidente

TESTEMUNHAS:



Nome: *Deila Adriana Netzel*
CPF: *772.464.709-72*

Nome:
CPF:

ANEXO I

REFERENCIAL ODONTOLÓGICO 2022

1. Deverão ser encaminhados à **Perícia Inicial** somente os tratamentos que ultrapassem o valor de **R\$ 1.122,12 (Mil cento e vinte e dois reais e doze centavos)**. Bem como os exames e laudos que se fizerem necessários para análise quantitativa e qualitativa dos procedimentos.
2. Para a **Perícia Final**, a guia deve conter a assinatura do Beneficiário nas datas da efetiva realização de cada procedimento e devem ser anexadas as radiografias e/ ou fotografias para comprovação dos procedimentos realizados.
3. Será liberada 01 (uma) Guia de Tratamento Odontológico para cada colaborador e seus dependentes a cada **06 (seis) meses**.
4. Não serão admitidos desmembramentos de guias com finalidade de se evitar Perícias. Salvo apenas em procedimentos EMERGÊNCIAIS.
5. Se houver necessidade de agregar procedimento a um tratamento previamente liberado, dever-se-á justificar na guia e, se necessário, anexar imagem comprobatória, a fim de evitar glosa sob argumento de desmembramento da guia.
6. A repetição de quaisquer procedimentos e consultas terá cobertura somente depois de decorrido o prazo mínimo estipulado de 06 meses para cada um destes no Referencial de Serviços Odontológicos.
7. Não devem ser feitas cobranças adicionais sobre os serviços cobertos por esta tabela.
8. A Guia de Tratamento Odontológico deve ser preenchida de forma legível, com valores, identificação do código do procedimento, e identificação do profissional executante.
9. O Beneficiário, ao assinar a Guia de Tratamento Odontológico, está ciente da sua corresponsabilidade quanto à satisfação com o tratamento e quanto às coberturas dispostas no Referencial Odontológico da COCEL.
10. É vedado aos **PERITOS** a prestação de serviços de auditoria odontológica para avaliação de procedimentos odontológicos prestados ou a serem prestados por profissional com o qual mantenha sociedade, ou profissional que integre a mesma clínica em que o mesmo atua.

DIAGNÓSTICO

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

RADIOLOGIA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Valor
81000421	Radiografia periapical	DENTE	Desde que não contíguos.	R\$ 13,23
81000375	Radiografia interproximal - bite- wing	RMPE/RMPD /RME/RMD	Limitado a 2 quantidades por lado. A cada 180 (cento e oitenta) dias.	R\$ 13,23
81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodentico)	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.	R\$ 132,36
81000383	Radiografia oclusal	AS e/ou AI	A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 23,52
81000430	Radiografia pósterio- anterior	SESSÃO	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 55,90
81000340	Radiografia da ATM	HEMIARCO	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Série completa (3 Incidências) por lado boca fechada, entreaberta e abertura máxima. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 95,59

81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Justificar a solicitação em receituário a ser anexado à cobrança. Liberado para fins de Cirurgias Ambulatorial/Ortognática e acima de 3 implantes. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 55,90
81000413	Radiografia panorâmica de mandíbula/ maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico.	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Para implantes justificar a solicitação em receituário a ser anexado à cobrança. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 66,18
81000472	Telerradiografia	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Justificar a solicitação.	R\$ 55,90
81000480	Telerradiografia com traçado cefalométrico	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Justificar a solicitação.	R\$ 70,59
81000367	Radiografia da mão e punho - carpal	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Com laudo de identificação de idade óssea.	R\$ 66,18
330	Documentação Científica Completa (Kit Ortodôntico)	UNIDADE	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado. Pasta com Teleradiografia, Panorâmica, 05 Fotos e/ou Slides e Modelos ortodônticos. 1 kit a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias..	R\$ 235,32
331	Tomografia Odontológica CONE BEAM - para ATM - Volumétrica	HEMIARCO	Para cobrança anexar a justificativa da solicitação em receituário e laudo. Por hemiarco a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias. Lado direito e/ou lado esquerdo.	R\$ 367,67
332	Tomografia Odontológica CONE BEAM - Região ou Equivalente a um Hemi-arco-Volumétrica	HEMIARCO	Para cobrança anexar a justificativa da solicitação em receituário e laudo. Por hemiarco a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 220,60
333	Tomografia Odontológica CONE BEAM – 1 Arco Dental - Volumétrica	AS ou AI	Para cobrança anexar a justificativa da solicitação em receituário e laudo. Por hemiarco a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 294,14
334	Tomografia Odontológica CONE BEAM – 2 Arcos Dentários - Volumétrica	ASAI	Para cobrança anexar a justificativa da solicitação em receituário e laudo. Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 514,75

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE - RADIOLOGIA

Radiografias para efeito de Perícia deverão ser apresentadas em cartelas próprias, identificadas, datadas, com boa visualização e qualidade de processamento.

Não serão pagas radiografias feitas exclusivamente para fins de Perícia.

PREVENÇÃO

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Valor
84000198	Profilaxia: polimento coronário	AS e/ou AI	Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias. Para fins de faturamento, deve ser lançada separadamente uma arcada em cada linha.	R\$ 36,76
84000090	Aplicação tópica de flúor	HEMIARCO	Um a cada 180 (cento e oitenta) dias. Para fins de faturamento, deve ser lançado separadamente um hemiarco em cada linha. Vide observação.	R\$ 11,03
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	SESSÃO	Incompatível com os demais códigos de atividade bucal. Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 44,14
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores.	SESSÃO	Incompatível com os demais códigos de atividade bucal. Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 44,14
87000016	Atividade educativa em Odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais.	SESSÃO	Incompatível com os demais códigos de atividade bucal. Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 44,14
84000244	Teste de fluxo salivar	SESSÃO	Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias, descrevendo a técnica utilizada na GTO. Anexar termo de realização assinado pelo Beneficiário.	R\$ 51,48
84000252	Teste do ph salivar	SESSÃO	Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias, descrevendo a técnica utilizada na GTO. Anexar termo de realização assinado pelo Beneficiário.	R\$ 51,48
84000031	Aplicação de cariostático	SESSÃO	Ambas arcadas. A cada 180 (cento e oitenta) dias. Liberado para crianças até 12 anos de idade.	R\$ 58,82
84000201	Remineralização	DENTE	Remineralização de "Manchas Brancas Ativas". Incompatível com cobrança de aplicação de flúor e dessensibilização dentária. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 66,18
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	DENTE	Para dentes decíduos ou dentes permanentes até 2 anos. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 66,18
84000074	Aplicação de selante de fôssulas e fissuras	DENTE	Para dentes decíduos ou dentes permanentes até 2 anos. A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 51,48
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	HEMIARCO	A cada 180 (cento e oitenta) dias. Incompatível com flúor e remineralização.	R\$ 11,03

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE - PREVENÇÃO

1. Aplicações tópicas de flúor devem ser cobradas mediante critério técnico, sendo passíveis de auditoria em casos de cobranças de rotina.
2. Para diminuir glosas no faturamento, especial atenção no momento de lançar as unidades dos códigos. Ex.: Profilaxia – lançar por arcada separadamente.

ODONTOPEDIATRIA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Valor
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	DENTE		R\$ 139,72
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	DENTE		R\$ 139,72
83000062	Coroa de Policarbonato em dente decíduo	DENTE		R\$ 139,72
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	DENTE		R\$ 111,77
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	DENTE		R\$ 169,13
83000135	Restauração atraumática em dente decíduo	DENTE	Em caso de cáries generalizadas, objetivando a eliminação de sítios de retenção e controle do processo carioso com ionômero de vidro. A cada 180 (cento e oitenta) dias.	R\$ 44,14
83000089	Exodontia simples de decíduo	DENTE		R\$ 73,53
83000097	Mantenedor de espaço fixo	SEG	Um a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 205,90
83000100	Mantenedor de espaço removível	SEG	Um a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 211,78
81000014	Condicionamento em Odontologia	SESSÃO	Até 3 sessões/ano. Incompatível com cobrança de consulta odontológica inicia no mesmo dia.	R\$ 51,48
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	SESSÃO	Até 3 sessões/ano. Incompatível com cobrança de consulta odontológica inicia no mesmo dia.	R\$ 51,48
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	SEG		R\$ 117,65
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou Mecânica.	SESSÃO	Justificar na cobrança	R\$ 246,81
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades Especiais em odontologia.	SESSÃO	Justifica em cobrança	R\$ 246,81

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE ONTOPEDIATRIA

1. ODONTOPEDIATRIA – Indicada para beneficiários até 14 anos.

DENTÍSTICA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Valor
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	DENTE	Vide Observações.	R\$ 64,71
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	DENTE	Vide Observações.	R\$ 80,90
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	DENTE	Vide Observações.	R\$ 92,66
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	DENTE	Vide Observações.	R\$ 110,30
85100048	Colagem de fragmentos dentários	DENTE	Recolocação de partes de dente que sofreu fratura, através da utilização de material dentário adesivo.	R\$ 102,95
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	DENTE	Vide Observações.	R\$ 80,90
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	DENTE	Vide Observações.	R\$ 92,66
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	DENTE	Vide Observações.	R\$ 110,30
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	DENTE	Vide Observações.	R\$ 117,65
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	DENTE	Não é válido para base de restaurações.	R\$ 68,39
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	DENTE	Não é válido para base de restaurações.	R\$ 68,39
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	DENTE	Não é válido para base de restaurações.	R\$ 70,59
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	DENTE	Não é válido para base de restaurações.	R\$ 73,53
85100080	Restauração atraumática em dente permanente	DENTE	Em caso de cáries generalizadas, objetivando a eliminação de sítios de retenção e controle do processo carioso.	R\$ 44,14
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	DENTE	Em dentes vitais.	R\$ 44,14
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	DENTE	Inclui possíveis restaurações proximais ou 2 ângulos. Vide Observações.	R\$ 117,65
85100242	Adequação do meio bucal	SESSÃO	A cada 180 (cento e oitenta) dias.	R\$ 73,53

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE – DENTÍSTICA

1. 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.
2. Não serão permitidas as substituições de restaurações por motivos puramente estéticos.
3. Restaurações acima de 3 elementos em classe, serão auditáveis por meio de imagens/fotos.
4. Restaurações acima de 3 elementos em classe II, III, ou IV serão auditáveis.
5. Será autorizada a cobrança de nova restauração em um intervalo inferior a 3 anos para o mesmo dente e mesmas faces, executadas pelo mesmo prestador mediante justificativa e encaminhamento à auditoria.
6. Identificar dente e faces.
7. Código de faceta direta em resina envolve 5 faces mesial/distal/incisal/cervical/vestibular livre.

ENDODONTIA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Valor
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	R\$198,56
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	R\$ 227,95
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	R\$ 330,90
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	R\$ 220,60
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	R\$ 286,78
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	DENTE	Apresentar RX Inicial e Final em caso de auditoria.	R\$ 411,79
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	DENTE		R\$ 110,30
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	DENT/E		R\$ 110,30
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	DENTE		R\$ 51,48
85200123	Tratamento de perfuração radicular/câmara pulpar	SESSÃO	Por Sessão. Máximo 3 (três) sessões. Exclui o pagamento de consulta a partir da 2ª sessão.	R\$ 102,95
85200018	Clareamento de dente desvitalizado	DENTE	Por dente.	R\$ 139,72
85200131	Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta	SESSÃO	Por Sessão. Máximo 3 (três) sessões. Exclui o pagamento de Consulta a partir da 2ª sessão.	R\$ 102,95
85200042	Pulpotomia	DENTE		R\$ 111,77
85100013	Capecamento pulpar direto	DENTE		R\$ 73,53

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE - ENDODONTIA

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

PERIODONTIA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Valor
85300055	Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (placa bacteriana)	HEMIARCO	Sulco fisiológico até 3 mm. Inclui raspagem de pequenas quantidades de cálculo, sem bolsas periodontais e remoção de excessos de restaurações. Não pode ser cobrado concomitantemente com "Raspagem supra gengival, Raspagem sub- gengival e Cirurgia Periodontal a Retalho". A cada 180 (cento e oitenta) dias.	R\$ 28,65
85300047	Raspagem supra gengival	HEMIARCO	Bolsas até 4 mm. Para pequenas quantidades de cálculo, utilizar o código 85300055 - Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental. Não aplicar concomitantemente com os itens "Cirurgia Periodontal a Retalho, Raspagem sub-gengival e Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental" em uma mesma região. Encaminhar radiografias e/ou Periograma, se solicitado pelo auditor. A cada 180 (cento e oitenta) dias.	R\$ 52,96
85300039	Raspagem sub gengival / alisamento radicular	SEG	Não aplicar concomitantemente com os itens "Cirurgia Periodontal a Retalho, Raspagem supra-gengival e Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental" em uma mesma região. Encaminhar radiografias e/ou Periograma, se solicitado pelo auditor. A cada 180 (cento e oitenta) dias.	R\$ 58,82
85300098	Manutenção periodontal	SESSÃO	1) Trimestral, restrita a pacientes com alto risco de doença periodontal, bolsas profundas e sangramento espontâneo ou exsudato; ambas as arcadas; 2) Inclui raspagem supra e subgengival de bolsas, profilaxia, remoção de fatores de retenção, orientação de higiene bucal, evidenciação de placa, aplicação tópica de flúor; 3) No período de liberação não poderá ser concomitante aos demais tratamentos periodontais não cirúrgico.	R\$ 264,72
85300012	Dessensibilização dentária	ASAI	Incompatível com aplicação tópica de flúor. A cada 180 (cento e oitenta) dias.	R\$ 36,76
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	ASAI	Por segmento.	R\$ 117,65
82000921	Gengivectomia	SEG	Incompatível com Cirurgia a Retalho, Gengivoplastia e Aumento de Coroa Clínica e Cunha Proximal no mesmo segmento.	R\$ 139,72
82000948	Gengivoplastia	SEG	Incompatível com Cirurgia a Retalho, Gengivectomia e Aumento de Coroa Clínica no mesmo segmento.	R\$ 139,72
82001685	Tunelização	DENTE	Em dentes multirradiculares com raízes divergentes e lesão de furca grau II ou III com ou sem tratamento endodôntico.	R\$ 147,07
82000212	Aumento de coroa clínica	DENTE	Incompatível com o procedimento Cirurgia a Retalho no mesmo segmento. Inclui raspagem do dente.	R\$ 147,07
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	SEG	Incompatível com as Raspagens Supra e Sub-gengivais, Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental, Gengivectomia, Gengivoplastia, e Aumento de coroa clínica, no mesmo segmento. A cada 6 meses.	R\$ 161,77
82000557	Cunha proximal	DENTE	Somente em região retro- molar. Incompatível com exodontia e remoção de dentes inclusos ou semi inclusos.	R\$ 147,07

82001073	Odonto-secção	DENTE	Apresentação de RX inicial e final.	R\$102,95
82000069	Amputação radicular Sem obturação retrógrada	DENTE	Odonto-secção inclusa.	R\$ 147,07
82000050	Amputação radicular Com obturação retrógrada	DENTE	Odonto-secção inclusa.	R\$ 161,77
82001464	Sepultamento radicular	DENTE		R\$ 132,81
82000689	Enxerto pediculado	DENTE		R\$ 161,77
82000662	Enxerto gengival livre	DENTE		R\$ 202,96
85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	SESSÃO	Exclui-se o ajuste de próteses e restaurações recém-executadas pelo profissional. Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 95,59
85400017	Ajuste Oclusal por acréscimo	SESSÃO	A cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	R\$ 95,59
85300071	Tratamento de gengivite necrosante aguda – guna.	SEG		R\$ 58,82

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE - PERIODONTIA

1. Nas intervenções cirúrgicas estão incluídos os procedimentos: anestesia, colocação, troca e remoção de cimento cirúrgico, curativos, revisão clínica de resultado pós-operatório e remoção de suturas.
2. Segmentos S-1 (18 a14), S-2 (13 a 23), S-3 (24 a 28), S-4 (38 a 34), S-5 (33 a 43), S-6 (44 a 48).
3. Não será autorizada mais de uma cirurgia por segmento, sem a avaliação do Perito.
4. Não será autorizada Raspagem Supra ou Sub Gengival e Cirurgia a Retalho em um mesmo segmento, concomitantemente.
5. Não será autorizada a cobrança de códigos cirúrgicos que se sobreponham e que sejam inerentes ao procedimento em si.

DISFUNÇÃO DA ATM

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Valor
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Temporomandibular (ATM)	SESSÃO	Procedimento ambulatorial. Para faturamento, incluir Termo de Ciência assinado na guia.	R\$ 105,90
85400246	Órtese mio-relaxante oclusal (placa estabilizadora)	AS ou AI	Ajuste da placa faz parte do procedimento. A cobertura é para placa mio-relaxante 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.	R\$ 560,93

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE

1. Com finalidade ortodôntica não são cobertos

PRÓTESE

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Auditoria	Valor
85400556	Restauração metálica fundida	DENTE	Uma a cada 5 anos (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/ final RX	R\$ 426,21
85400513	Restauração em cerâmica pura - inlay	DENTE	Mínimo 3 faces. Cobertura para inlay confeccionada em laboratório. Uma a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/ final Foto	R\$ 810,23
85400521	Restauração em cerâmica pura - onlay	DENTE	Mínimo 3 faces. Cobertura para onlay confeccionada em laboratório Uma a cada 5 anos, (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/ final Foto	R\$ 810,23
85400548	Restauração em cerômero - inlay	DENTE	Mínimo 3 faces. Cobertura para inlay confeccionada em laboratório. Uma a cada 3 anos, (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/ final Foto	R\$ 617,03
85400530	Restauração em cerômero - onlay	DENTE	Mínimo 3 faces. Cobertura para onlay confeccionada em laboratório. Uma a cada 3 anos, (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/ final Foto	R\$ 617,03
85400190	Faceta em cerômero	DENTE	Somente para incisivos, caninos e primeiros pré- molares, quando recursos restauradores forem esgotados. Uma a cada 3 anos. (1095 – Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/ final Foto	R\$ 617,03
85400181	Faceta em cerâmica pura	DENTE	Somente para incisivos, caninos, quando recursos restauradores forem esgotados. Uma a cada 5 anos, (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial /final Foto	R\$ 909,96
85400505	Remoção de trabalho protético	DENTE	Não será paga a remoção dos trabalhos protéticos já removidos antes da Auditoria. Não válido para remoção de provisórios.	Inicial	R\$ 51,48
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	DENTE	Não válido para coroas provisórias e durante fase protética de coroas novas.		R\$ 51,48
85400220	Núcleo metálico fundido	DENTE	O núcleo deve preencher 2/3 do comprimento da raiz, ou 1/2 da inserção óssea da raiz. Comprovar com RX Inicial e Final. Um a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final RX	R\$ 211,91
85400262	Pino pré-fabricado	DENTE	Núcleo pré fabricado em fibra de vidro, de carbono ou rosqueado em titânio (exclui Pino Davis). Comprovar com RX inicial e final. Um a cada 5 anos. (1825 – Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final RX	R\$ 220,60
85400211	Núcleo de preenchimento	DENTE	Em Resina ou Ionômero. Somente em dentes tratados endodonticamente ou como base p/ coroas protéticas. A cada 3 anos.(1095 – Mil e noventa e cinco dias).		R\$ 68,39
85400076	Coroa unitária provisória com pino	DENTE	Comprovação para auditoria final através de imagem comprobatória. Incompatível com código 85400084 para mesmo elemento na mesma guia. Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias.	Final- Foto.	R\$ 164,54

85400084	Coroa unitária provisória sem pino	DENTE	Comprovação para auditoria final através de imagem comprobatória. Incompatível com código 85400076 para mesmo elemento na mesma guia. Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias.	Final - Foto	R\$ 155,82
85400092	Coroa total acrílica prensada	DENTE	Não é válido como provisória. Uma a cada 3 anos. (1095- Mil e noventa e cinco dias).		R\$ 286,69
85400114	Coroa total em cerômero	DENTE	Uma a cada 3 anos. (1095 - Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final - Foto	R\$ 648,19
85400106	Coroa total em cerâmica pura Zirconia	DENTE	Metal free ou In-Ceram. Uma a cada 5 anos. (1825 - Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final - Foto RX	R\$ 860,09
85400157	Coroa total metalo cerâmica	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 - Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final Foto RX	R\$ 841,41
85400165	Coroa total metalo plástica cerômero	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 - Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/ final Foto	R\$ 582,12
85400149	Coroa total metálica	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 - Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/ final Foto	R\$ 461,21
85400335	Prótese parcial fixa em metalo cerâmica	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 - Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final - Foto ou RX	R\$ 841,41
85400343	Prótese parcial fixa em metalo plástica	DENTE	Usar este código também para pônticos sobre implantes e será contabilizado nas regras de cobertura para implantodontia. Uma a cada 5 anos. (1825 - Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final Foto ou RX.	R\$ 582,12
85400351	Prótese parcial fixa - In-Ceram livre de metal (metal-free)	DENTE	Uma a cada 5 anos. (1825 - Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final - RX	R\$ 909,96
85400289	Prótese fixa adesiva direta (provisória)	DENTE	Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco dias).	Final - Foto	R\$ 249,30
85400300	Prótese fixa adesiva indireta em metalo cerâmica	DENTE	Um pôntico e duas aletas. Uma a cada 5 anos. (1825- Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/final - RX	R\$1221,58
85400319	Prótese fixa adesiva indireta em metalo plástica	DENTE	Um pôntico e duas aletas. Uma a cada 5 anos. (1825 - Mil e oitocentos e vinte e cinco dias).	Inicial/ final- RX	R\$ 909,96
85400297	Prótese fixa adesiva em cerômero livre de metal (metal free)	DENTE	Um pôntico e duas aletas. Reforço em fibra incluso. Uma a cada 3 anos. (1095- Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final- Foto	R\$ 847,61
85400394	Prótese parcial removível provisória em acrílico com ou sem grampos	AS e/ou AI	Uma a cada 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.	Inicial/Final - Foto	R\$ 367,71
85400386	Prótese parcial removível com grampos, bilateral	AS e/ou AI	Uma a cada 3 anos. (1095 - Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final -RX Foto	R\$ 1043,32
6013	Prótese parcial removível com grampos, unilateral.	AS e/ou AI	Uma a cada 3 anos. (1095 - Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final -RX Foto.	R\$ 934,88
85400378	Prótese parcial removível com encaixes de precisão ou de semi precisão	AS e/ou AI	Uma a cada 3 anos. (1095 - Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final -Foto.	R\$1159,26
4270	Encaixe Macho ou Fêmea (por encaixe)	DENTE	Nas Coroas. O encaixe da estrutura já está incluso no valor da PPR.	Inicial	R\$ 201,85
85400408	Prótese total	AS e/ou AI	Dentes nacionais de qualidade superior, acrílico rosa ou incolor, caracterização de gengivas - sistema Thomas Gomes. Uma a cada 3 anos. (1095 - Mil e noventa e cinco dias).	Inicial/final - Foto	R\$1.159,26
85400416	Prótese total imediata	AS e/ou AI	Logo após as extrações.	Inicial-Foto	R\$ 648,19
85400491	Reembasamento de prótese total ou parcial - mediato (em	AS e/ou AI	A cada 365 (trezentos e sessenta e		

	laboratório)		cinco) dias.		R\$ 236,84
85400033	Conserto em prótese parcial removível (em consultório e em laboratório)	AS e/ou AI			R\$ 218,15
85400050	Conserto em prótese total (em consultório e em Laboratório)	AS e/ou AI			R\$ 218,15
85400475	Reembasamento de coroa provisória.	DENTE	Não é válido para realização no ato da confecção da coroa provisória. A cada 180 (cento e oitenta) dias.		R\$ 68,56
87000040	Coroa de acetato em dente permanente.	DENTE		Inicial - Final	R\$ 139,72
87000059	Coroa de aço em dente permanente.	DENTE		Inicial/Final - Foto ou RX	R\$ 139,72
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente.	DENTE		Inicial/Final - Foto	R\$ 139,72

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE - PRÓTESE

1. A cobertura das próteses está condicionada ao correto planejamento levando-se em conta a longevidade e seus prazos de carência.
2. A repetição de coroas protéticas se dará somente após decorrido o prazo, mesmo que confeccionadas de materiais diferentes das originais.
3. Enviar as radiografias ou fotos iniciais e finais das próteses para a Perícia.
4. Não serão permitidas as substituições de próteses por motivos estéticos.
5. Não terão cobertura as próteses fixas em "cantilever" (suspensas), apoiadas sobre raízes dentárias.
6. A repetição de quaisquer procedimentos e consultas terá cobertura somente após decorrido o prazo mínimo estipulado de 06 meses para cada um destes, no Referencial de Serviços Odontológicos. Neste caso deverão ser atendidas as condições da perícia e de autorização prévia e desobriga cobertura pela COCEL, 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 COCEL, sendo que os custos do segundo e sucessivos tratamentos serão da responsabilidade do beneficiário.

CIRURGIA AMBULATORIAL

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

82000085	Apicetomia birradicular sem obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	R\$ 277,08
82000077	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	R\$ 294,14
82000166	Apicetomia multirradicular sem obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	R\$ 316,20
82000158	Apicetomia multirradicular com obturação retrógrada	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial e Final.	R\$ 338,25
82000883	Frenulectomia labial	SESSÃO		R\$ 139,72
82000891	Frenulectomia lingual	SESSÃO		R\$ 154,43
82000905	Frenulotomia Labial	SESSÃO		R\$ 139,72
82000913	Frenulotomia Lingual	SESSÃO		R\$ 154,43
82000298	Bridectomia	AS e/ou AI		R\$ 132,36
82000301	Bridotomia	AS e/ou AI		R\$ 132,36
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	SEG	Comprovar c/ RX.	R\$ 220,60
82000808	Exérese ou excisão de rânula	SESSÃO		R\$ 154,43
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	SESSÃO	Comprovar c/ RX.	R\$ 220,60
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	SESSÃO		R\$ 154,43
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	SESSÃO		R\$ 110,30
82001022	Incisão e Drenagem extraoral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	SESSÃO		R\$ 125,00
82000441	Coleta de raspado em lesões de sítios específicos da região bucomaxilofacial	SESSÃO		R\$ 66,18
82001103	Punção aspirativa na região bucomaxilofacial	SESSÃO		R\$ 132,36
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	SESSÃO	Incluída a imobilização temporária.	R\$ 202,96
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	SESSÃO	Incluída a imobilização temporária.	R\$ 202,96
82001251	Reimplante dentário com contenção	DENTE	Incluída a imobilização temporária.	R\$ 191,19
82001707	Ulectomia	DENTE		R\$ 88,24
82001715	Ulotomia	DENTE		R\$ 88,24
82001634	Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos sem reconstrução	AS AI e/ou	Osteoma, Odontoma e Comprovar c/ RX. Por Arcada.	R\$ 220,60
82001510	Tratamento cirúrgico da fístula buco-nasal	SESSÃO		R\$ 373,55

82001529	Tratamento cirúrgico da fistula buco-sinusal	SESSÃO		R\$ 373,55
82001502	Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	DENTE	Comprovar c/ RX Inicial.	R\$ 308,84
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo- facial	SESSÃO	Quando a extensão, localização e característica da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.	R\$ 66,18
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou oronasal da região bucomaxilofacial	SESSÃO		R\$ 308,84
82001413	Retirada de Corpo Estranho Subcutaneo ou submucoso da região buco-macilo- facial	SESSÃO		R\$ 308,84
82001430	Retirada dos meios de fixação da região bucomaxilofacial	SESSÃO		R\$ 161,77
82001308	Remoção de dreno extra-oral	SESSÃO		R\$ 66,18
82001316	Remoção de dreno intra-oral	SESSÃO		R\$ 66,18
82000352	Cirurgia para exostose maxilar.	AS		R\$ 264,72

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE – CIRURGIA AMBULATORIAL

- 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.

IMPLANTODONTIA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Valor
82000620	Enxerto com osso liofilizado	DENTE	Liberado para casos de reabsorção ossea. Considerar um enxerto para até dois implantes contíguos. Não é cabível em casos de reposição, com osso retirado da área do implante, incluso material utilizado na técnica. Não liberado associado a fase cirúrgica de implante com objetivo de fechamento de gaps radiculares.	R\$ 367,67
6007	Enxerto ósseo em bloco autógeno ou não autógeno.	SEG	Inclui a retirada de osso da área doadora intra-bucal e parafuso de fixação, incluso material utilizado na técnica.	R\$ 882,40
82001243	Regeneração tecidual guiada – RTG	SEG	Considerar a partir de 2 elementos contíguos. ex.: 16,15.	R\$ 330,90
82001138	Reabertura colocação de cicatrizador.	DENTE		R\$ 88,24

82000980	Implante ósseo integrado	DENTE	Observar os códigos protéticos específicos para elementos implantados. Permitido 6 elementos por ano de contrato a cada 10 anos, (3650 três mil, seiscentos e cinquenta dias)	R\$ 1071,40
85500216	Plasma rico em plaquetas (PRP)	HEMIARCO	Liberado para casos em que serão implantados acima de 2 elementos na mesma hemiarcada. Não autorizado para implantes individuais. Para auditoria final e faturamento deverá constar ato descritivo com assinatura e carimbo do bioquímico/enfermeiro responsável pela confecção do plasma, ou certificado do dentista.	R\$ 411,79
82001049	Levantamento do seio maxilar com osso autógeno.	HEMIARCO	Inclui a retirada de osso da área doadora intra-bucal. Incompatível com o código 82000620.	R\$ 808,89
82001057	Levantamento do seio maxilar com osso homólogo.	HEMIARCO	Incompatível com o código 82000620, incluso material utilizado na técnica.	R\$ 808,89
82001065	Levantamento do seio maxilar com osso liofilizado.	DENTE	Para levantamento de seio pela técnica de Summers, mesmo que não seja utilizado osso liofilizado, incluso material utilizado na técnica.	R\$ 367,67
82001324	Remoção de implante dentário não ósseo integrado.	DENTE	A cobertura para novo implante se dará somente depois de decorrido o prazo de 10 anos (3650 três mil, seiscentos e cinquenta dias).	R\$ 110,32
82001332	Remoção de implante dentário ósseo integrado o seio maxilar.	DENTE	A cobertura para novo implante se dará somente depois de decorrido o prazo de 10 anos (3650 três mil, seiscentos e cinquenta dias).	R\$ 110,32

IMPLANTODONTIA -----FASE PROTÉTICA

Código	Procedimento	Unidade	Instruções	Valor
85500070	Intermediário protético para implantes	DENTE	Mediante comprovação (radiográfica ou fotográfica) na fase de. As UCLAs calcináveis e a sobre-fundição do munhão, estão inclusas no valor da Coroa Metal-Cerâmica e da Coroa Metal-Plástica sobre Implante, não podendo ser utilizado este código. Um a cada 05 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	R\$ 323,56
6010	Attachment bola	DENTE	A cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	R\$ 170,81
6011	O'ring para total prótese	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).	R\$ 125,00
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).	R\$ 810,23
85400130	Coroa total livre de metal (metalfree) sobre implante - cerâmico	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).	R\$ 685,58

85500038	Coroa total metalo cerâmica sobre implante	DENTE	Já inclui os componentes necessários para sua execução e a cobertura dos parafusos. Uma a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	R\$ 885,03
85500011	Coroa provisória sobre implante	DENTE	Cobertura para cargas tardia quando provisório permanecer pelo menos 3 meses. Para carga imediata, somente até primeiros pré-molares, quando a estética for imprescindível. Uma a cada 180 (cento e oitenta) dias.	R\$ 220,60
85500127	Prótese metalo cerâmica parcial fixa Implanto suportada.	DENTE	Uma a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias). Não autorizada para reconstrução de arcada	R\$ 804,71
85500097	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre dois implantes	AS e/ou AI	Elementos de união ao implante cobrados à parte, conforme o tipo de prótese (O'ring ou Barra-clip). Um a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	R\$1.209,12
85500119	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre três implantes	AS e/ou AI	Elementos de união ao implante cobrados à parte, conforme o tipo de prótese (O'ring ou Barra-clip). Um a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	R\$1.209,12
85500100	Overdenture barra clipe ou o'ring sobre quatro ou mais implantes	AS e/ou AI	Elementos de união ao implante cobrados à parte, conforme o tipo de prótese (O'ring ou Barra-clip). Um a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	R\$1.209,12
85500160	Protocolo Branemark para 4 implantes	AS e/ou AI	Não contempla os minipilares (intermediários protéticos) Inclui as uclas + barra fundida + dentes+ análogos + parafusos, para elementos implantados. Um a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	R\$4.587,17
85500178	Protocolo Branemark para 5 implantes	AS e/ou AI	Não contempla os minipilares (intermediários protéticos) Inclui as uclas + barra fundida + dentes+ análogos + parafusos, para elementos implantados. Um a cada 5 anos (1825 mil oitocentos e vinte e cinco dias).	R\$5.210,42
85500089	Manutenção de prótese sobre implantes	AS e/ou AI	1) Somente para protocolo Branemark ou implantes individuais acima de 04; 2) Uma vez a cada 06 meses; 3) Compreende a remoção, raspagem de indutos ou cálculo, polimento, profilaxia, recolocação e cobertura dos parafusos; 4) Eventuais substituições de parafusos não estão inclusas e não são cobertas pelo plano.	R\$ 264,72

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE - IMPLANTODONTIA

1. Os ossos humanos utilizados para enxertos, adquiridos de bancos de ossos oficiais, terão seus custos cobertos integralmente pelo beneficiário, sem interferência da COCEL.
2. Cobertura de 4 (quatro) implantes por ano. Esta cobertura é exclusiva para titulares não se aplicando aos dependentes.
3. Não serão autorizadas pela COCEL, 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.
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.
5. A carência para a substituição do implante é de 10 anos (3650 três mil e seiscentos e cinquenta dias).
6. A carência para a substituição das próteses é de 5 anos (1825 mil e oitocentos e vinte cinco dias), desde que haja indicação técnica

7. 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 COCEL, sendo que os custos do segundo e sucessivos tratamentos serão da responsabilidade do beneficiário.
8. No caso de insucesso do implante, dentro de até 01 ano após sua realização, este deve ser substituído pelo profissional que realizou. Para casos que ultrapasse o período de 01 ano e o beneficiário tenha trocado de prestador é necessário o envio para perícia com justificativa para retirada do implante.

URGÊNCIA

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

CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAIS

Código	Procedimento	Auxiliar	Porte Anestésico	Valor
30204020	Excisão de glândula Submandibular	1	3	R\$ 742,35
30207010	Redução de Fraturas do Malar (sem fixação).	1	1	R\$ 436,40
30207029	Redução de Fraturas do Malar (com fixação).	1	3	R\$ 947,35
30207037	Redução de Fratura de Seio Frontal (acesso frontal)	1	3	R\$ 893,56
30207045	Redução de Fratura de Seio Frontal (acesso coronal)	1	3	R\$ 893,56
30207061	Fratura do Arco Zigomático - Redução Instrumental sem fixação.	1	2	R\$ 377,39

30207088	Fratura Simples de Mandíbula com contenção e bloqueio intermaxilar eventual.	1	3	R\$ 891,45
30207096	Fratura Simples de Mandíbula – Redução Cirúrgica com Fixação Ossea e Bloqueio Intermaxilar Eventual.	2	4	R\$ 947,35
30207100	Fratura Naso Etmoido Orbito-Etmoidal.	1	5	R\$ 1.035,88
30207118	Fratura Cominutiva de Mandíbula-Redução Cirúrgica com Fixação Óssea e Bloqueio Intermaxilar Eventual.	2	5	R\$ 1.140,44
30207126	Fraturas Complexas de Mandíbula – Redução Cirúrgica com Fixação Ossea e Eventual Bloqueio Intermaxial	2	5	R\$ 1.327,86
30207134	Fraturas Alveolares – Fixação com Aparelho e Contenção.	1	2	R\$ 377,39
30207142	Fratura de Maxila, Tipo Lefort I e II – Redução e Aplicação de Levantamento Zigomático- Maxilar com Bloqueio Intermaxilar eventual.	2	3	R\$ 947,35
30207150	Fratura de Maxila, Tipo lefort III – Redução e Aplicação de Levantamento Cranio-Maxilar Com Bloqueio Intermaxilar eventual.	2	4	R\$ 1.035,88
30207169	Fratura Lefort I – Fixação Cirúrgica com Síntese óssea, Levantamento e Bloqueio Intermaxilar Eventual.	1	4	R\$ 947,35
30207177	Fratura Lefort II – Fixação Cirúrgica com Síntese óssea, Levantamento e Bloqueio Intermaxilar Eventual.	2	5	R\$ 900,52
30207185	Fratura Lefort III – Fixação Cirúrgica com Síntese óssea, Levantamento Crânio-Maxilar e Bloqueio intermaxilar eventual.	2	5	R\$1.225,36
30207193	Fraturas múltiplas de terço médio da face; fixação cirúrgica com síntese óssea, levantamento crânio maxilar e bloqueio.	2	5	R\$1.473,83
30207207	Fraturas complexas do terço médio da face, fixação cirúrgica com síntese, levantamento crânio maxilar , enxerto ósseo, halo craniano eventual.	2	6	R\$1.473,83
30207215	Retirada do meio de fixação (na face).		2	R\$ 192,58
30207223	Tratamento conservador de fratura de ossos.			R\$ 324,59
30207231	Redução de luxação do ATM.	1	2	R\$ 262,47
30208017	Artroplastia para luxação recidivante da articulação temporo-mandibular.	2	5	R\$ 1.035,88
30208025	Osteoplastia para prognatismo, micrognatismo ou laterognatismo.	2	5	R\$ 1.035,88
30208033	Osteotomias alvéolo palatinas.	1	3	R\$ 1.035,88

30208041	Osteotomias segmentares da maxila ou malar.	1	4	R\$ 1.035,88
30208050	Osteotomia tipc Lefort I.	1	4	R\$ 984,68
30208068	Osteotomia tipc Lefort II.	2	5	R\$1.225,36
30208076	Osteotomia tipc Lefort III – extracraniana.	2	5	R\$1.327,86
30208084	Osteotomia crânio maxilares complexas.	3	6	R\$1.473,83
30208092	Redução simples da luxação da articulação temporo-mandibular com fixação intermaxilar.	1	2	R\$ 436,41
30208106	Reconstrução parcial da mandíbula	2	5	R\$1.327,86
30208114	Reconstrução total de mandíbula com prótese e ou enxerto ósseo.	3	6	R\$1.473,83
30208122	Tratamento cirúrgico de anquilose da articulação temporo- mandibular.	1	4	R\$1.473,83
30208130	Translocação etmoide orbital para tratamento do hipertelorismo miocutaneo associado a expansor de tecido – por lado.	3	6	R\$1.559,26
30209013	Osteoplastias etmoide orbitais.	2	5	R\$1.225,36
30209021	Osteoplastias ce mandíbula.	2	5	R\$1.141,49
30209030	Osteoplastias co arco zigomático.	1	3	R\$ 947,53
30209048	Osteoplastias ca orbita.	2	5	R\$1.327,86
30209056	Correção cirúrgica de depressão (afundamento)da região frontal.	2	5	R\$1.327,86
30210011	Hemiatrofia facial, correção com enxerto de gordura ou implante.	1	5	R\$ 1.035,88
30210020	Correção de tumores, cicatrizes ou ferimentos com o auxilio ce expansores de tecidos – por estagio.	1	5	R\$ 1.035,88
30210070	Reconstrução com retalhos axiais supra-orbitais e supratrocleares.	1	6	R\$ 947,53
30210089	Reconstrução com retalho axial da artéria temporal superficial.	1	6	R\$ 947,53
30210097	Reconstrução com retalhos em VY de pediculo subarterial.	1	6	R\$ 947,53
30210100	Reconstrução com rotação do musculo temporal.	1	6	R\$1.141,49
30210119	Exerese de tumor maligno de pele.	1	2	R\$ 262,47
30210127	Exerese de tumor benigno, cisto ou fistula.	1	3	R\$ 220,53
30710014	Retirada de fios ou pinos metálicos transosseos.		1	R\$ 192,58
30713153	Artroscopia pa-a diagnóstico com ou sem biopsia sinovial.	1	3	R\$ 400,69

OBSERVAÇÕES GERAIS PARA A ESPECIALIDADE – CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAIS

1. A solicitação deverá ser encaminhada a COCEL, com a justificativa clínica da indicação do procedimento.
2. Deverá anexar a documentação radiográfica, incluindo imagens e laudos.
3. Aparelhos ortodônticos, assim como os custos de sua manutenção fazem parte das exclusões de cobertura.

ANEXO II
LOCALIDADES PARA PAGAMENTO DE DIÁRIA DE ALIMENTAÇÃO

Rota	Livro	Localização	Bairro
51	10	Colônia D. Pedro	D. Pedro
	14	Colônia Figueredo	Figueredo
52	4	Felpudo	Felpudo
	5	Retiro	Retiro
	7	Faxina	Faxina
	8	Serrado	Serrado
	9	Taquaral	Taquaral
53	1	Endoenças	Bateias
	2	Retirinho	Bateias
	3	Javacaenzinho	Bateias
	4	São João do Povinho	São João do Povinho
	5	Vargedo/Prata/Itambezinho	Itambezinho
54	5	Lot Lara /Sítio do Mato	Bateias
	7	Bateias Centro	Bateias
	8	Lot Rossa	Bateias
	9	Ouro Fino/Queimada	Bateias
	10	Etr do Cerne/Rei do Cal	Bateias
	11	Onça	Bateias
23	1	Rebouças/Rio Verde	Ferraria
	2	Alto Medianeira	Ferraria
	3	Santa Angela	Ferraria
	4	Santa Angela	Ferraria
	5	Ferraria/David Antonio	Ferraria
	6	Bolinete	Ferraria
	7	Boa Vista	Ferraria
	8	Revier	Ferraria

24	1	Torres II	Ferraria
	2	Torres II	Ferraria
	3	Vila Gilcy	Ferraria
	4	Vila Gilcy	Ferraria
	5	Vila Gilcy	Ferraria
	6	Vila Gilcy	Ferraria
	7	Dona Fina	Ferraria
	8	Dona Fina	Ferraria

Outros	Agentes interior	São Pedro/Santa Cruz
	Serviço interior	

