

III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

3.1. A cobertura compreende os **procedimentos exclusivamente odontológicos** realizáveis em consultório, incluindo exames clínicos, procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como, radiologia, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, **conforme os procedimentos definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), específicos da segmentação odontológica, e suas atualizações.**

3.1.1. Quando por imperativo clínico for necessária a utilização de estrutura hospitalar para a realização de procedimentos previstos neste contrato, **estarão cobertos tão somente os honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista.**

3.1.2 Estão cobertos pelo pagamento fixo (pré-pagamento), conforme Resolução Normativa nº 59/2003, os seguintes atos odontológicos:

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final
- Colagem de Fragmentos Dentários
- Consulta Odontológica de Urgência
- Controle de Hemorragia com Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo-facial
- Controle de Hemorragia sem Aplicação de Agente Hemostático em região buco-maxilo-facial
- Curativo em caso de Hemorragia Bucal/Labial
- Curativo em caso de Odontalgia Aguda/Pulpectomia/Necrose
- Imobilização Dentária Temporária
- Incisão e Drenagem Extra-Oral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Incisão e Drenagem Intra -Oral de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Imobilização Dentária em Dentes Decíduos
- Imobilização Dentária em Dentes Permanentes
- Pulpotomia
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético
- Redução de Luxação da Atm
- Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção
- Remoção de Dreno Extra-Oral
- Remoção de Dreno Intra-Oral
- Restauração Temporária /Tratamento Expectante
- Sutura de Ferida em região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal

- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

DIAGNÓSTICO

- Consulta Odontológica
- Consulta Odontológica Inicial
- Consulta Odontológica para avaliação técnica de auditoria
- Evidenciação de Placa Bacteriana

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação Tópica de Flúor
- Orientação de Higiene Bucal
- Profilaxia: Polimento Coronário

3.1.2.1 Estão cobertos, ainda, pelo regime de pré-pagamento os procedimentos da especialidade de ortodontia previstos abaixo:

ORTODONTIA CORRETIVA/PREVENTIVA

- Aparelho Corretivo Metálico Convencional/Aparelho Preventivo, exceto perda ou quebra do aparelho, peças danificadas, perdidas ou inutilizadas.
- Análise do caso
- Consultas e Manutenção Ortodôntica
- Instalação de Aparelhos Ortodônticos Metálicos Fixos Parciais
- Placa de Contenção Final
- Remoção de Aparelhos Ortodônticos Metálicos
- Documentação Tipo I + Consulta
- Manutenção – Mês subsequente ao pedido da documentação.

3.2. Os procedimentos cobertos se sujeitarão aos limites das Diretrizes de Utilização publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.3. Os procedimentos odontológicos abaixo serão cobertos **pelo regime de pós-pagamento**, podendo ser utilizada a rede de cirurgiões-dentistas **mediante o pagamento integral de cada ato utilizado**, diretamente à UNIODONTO, nos valores descritos na **tabela de procedimentos (anexo I)**:

CONDICIONAMENTO

- Condicionamento em Odontologia
- Estabilização de Paciente por meio de contenção física ou mecânica

EXAMES

- Diagnóstico Anatomopatológico em Citologia Esfoliativa na Região Bucomaxilo-Facial
- Diagnóstico Anatomopatológico em Material de Biopsia na Região Bucomaxilo-Facial
- Diagnóstico Anatomopatológico em Peça Cirúrgica na Região Bucomaxilo-Facial
- Diagnóstico Anatomopatológico em Punção na Região Bucomaxilo-Facial
- Teste de Fluxo Salivar
- Teste PH Salivar (Acidez Salivar)

RADIOLOGIA

- Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico/Periapical Completo)
- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia Oclusal
- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia)
- Radiografia Periapical

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação de Selante
- Aplicação Tópica de Verniz Fluoretado
- Atividade Educativa em Saúde Bucal
- Atividade Educativa em Odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais
- Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Remineralização Dentária
- Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)

DENTÍSTICA

- Adequação do Meio Bucal
- Aplicação de Cariostático
- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Restauração em Amálgama
- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração em Resina Fotopolimerizável
- Tratamento Restaurador Atraumático

PERIODONTIA

- Ajuste Oclusal por acréscimo
- Ajuste Oclusal por desgaste seletivo
- Amputação Radicular com Obturação Retrógrada
- Amputação Radicular sem Obturação Retrógrada
- Aumento de Coroa Clínica
- Cirurgia Periodontal a Retalho
- Cunha Proximal
- Dessensibilização Dentária
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Odonto-Secção
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário
- Tunelização

ENDODONTIA

- Pulpotomia em Dente Decíduo
- Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal
- Remoção de Núcleo Intra-Canal
- Remoção de Peça/Trabalho Protético

- Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)
- Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta
- Tratamento Endodôntico em Dente Decíduo
- Tratamento Endodôntico Birradicular em Dentes Permanentes
- Tratamento Endodôntico Multirradicular em Dentes Permanentes
- Tratamento Endodôntico Unirradicular em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico Birradicular em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico Multirradicular em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico Unirradicular em Dentes Permanentes

CIRURGIA

- Alveoloplastia
- Apicetomia Birradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Birradiculares sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia Multirradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Multirradiculares sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia Unirradiculares com Obturação Retrógrada
- Apicetomia Unirradiculares sem Obturação Retrógrada
- Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar
- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula/Maxila
- Bridectomia
- Bridotomia
- Cirurgia Exostose Maxilar
- Cirurgia para Torus Mandibular
- Cirurgia para Torus Palatino
- Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Exérese de Lipoma na Região Buco-Maxilo-Facial
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese de Rânula ou Mucocele
- Exérese ou Excisão de Cálculo Salivar
- Exérese ou Excisão de Mucocele
- Exérese ou Excisão de Rânula
- Exodontia a Retalho
- Exodontia de Permanente por indicação ortodôntica/protética
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Decíduo
- Exodontia Simples de Permanente
- Frenotomia/Frenulotomia Labial
- Frenotomia/ Frenulotomia Lingual
- Frenulectomia Labial
- Frenulectomia Lingual
- Plastia de Ducto Salivar ou Exérese de Cálculo ou de Rânula Salivar
- Punção Aspirativa na Região Buco-Maxilo-Facial
- Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial
- Redução Cruenta de Fratura Alvéolo Dentária

- Redução Incurta de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Inclusos/Impactados
- Remoção de Dentes Semi-Inclusos/Impactados
- Remoção de Odontoma
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Nasal
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco Sinusal
- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Ulectomia
- Ulotomia

PRÓTESE

- Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de Restauração Metálica Fundida (RMF)
- Núcleo de Preenchimento
- Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato
- Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Núcleo Metálico fundido/Núcleo Pré-Fabricado - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reembasamento de Coroa Provisória

3.4. As atualizações do rol de procedimentos integrarão a cobertura pós-paga a que se refere a cláusula anterior, sendo acrescentadas ao anexo I deste instrumento.

IV - EXCLUSÕES DE COBERTURA

4.1. Não estão cobertos pelo plano:

- a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) quaisquer serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, excetuando apenas os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista na execução dos procedimentos cobertos passíveis de serem executados em consultórios, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; estão excluídas da cobertura as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar decorrentes de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial;
- c) as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais;
- d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

- f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.
- g) os serviços realizados por profissionais não cooperados ou credenciados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou credenciados;
- h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas;
- i) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;
- j) os serviços não constantes da cobertura ou do rol de procedimentos vigente à época do evento, ou ainda, em desconformidade com as diretrizes de utilização, conforme disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- k) procedimentos com finalidade estética, exceto aqueles previstos neste contrato para Ortodontia.



Rua Voluntários da Pátria, 1947
Centro – Araraquara-SP
uniodontoararaquara.com.br

Responsável Técnico: Gustavo Loria Leoni CRO-SP nº 46.204
Uniodonto Araraquara CRO nº 4713

ANS nº 31.699-7