

COBERTURA E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Colagem de Fragmentos Dentários
- Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático
- Gengivectomia
- Gengivoplastia
- Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Imobilização Dentária
- Pulpotomia
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético
- Redução de Luxação da Atm
- Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção
- Remoção de Dreno Extra Oral / Intra Oral
- Restauração Temporária / Tratamento Expectante
- Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

DIAGNÓSTICO

- Consulta Odontológica Inicial

CONDICIONAMENTO

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

EXAMES

- Teste de Fluxo Salivar
- Teste PH Salivar
- Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial
- Diagnóstico anatomopatológico em punção na região buco-maxilo-facial

RADIOLOGIA

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

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação de Selante
- Aplicação Tópica de Flúor
- Atividade Educativa em Saúde Bucal
- Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Dessensibilização Dentária
- Profilaxia - Polimento Coronário
- Remineralização Dentária

DENTÍSTICA

- Adequação do Meio Bucal
- Ajuste Oclusal
- Aplicação de Cariostático
- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Núcleo de Preenchimento
- Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Restauração em Amálgama
- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração em Resina Fotopolimerizável
- Restauração Temporária / Tratamento Expectante
- Tratamento Restaurador Atraumático

PERIODONTIA

- Aumento de Coroa Clínica
- Cirurgia Periodontal a Retalho
- Cunha Proximal
- Enxerto Gengival Livre
- Enxerto Pediculado
- Gengivectomia / Gengivoplastia
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular / Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário

PRÓTESE

- Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino / Provisório para Preparo de RMF
- 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

ENDODONTIA

- Capeamento Pulpar Direto - Excluindo Restauração Final
- Pulpotomia
- 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 Dentes Decíduos
- Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes

CIRURGIA

- Alveoloplastia
- Amputação Radicular com ou sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia com ou 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 para Tórus / Exostose
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula / Maxila
- Exérese ou Excisão de Mucocele, Rânula ou Cálculo Salivar
- Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial
- Exodontia de Permanente por indicação ortodôntica/protética
- Exodontia a Retalho
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Decíduo
- Exodontia Simples de Permanente
- Frenulectomia labial
- Frenulectomia lingual
- Frenotomia / Frenectomia Labial
- Frenotomia / Frenectomia Lingual
- Odonto-Secção
- Plastia de Ducto Salivar ou Exérese de Cálculo ou de Rânula Saliva
- Punção Aspirativa com Agulha Fina / Coleta de Raspado em
- Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Reconstrução de sulco gengivo-labial
- Redução de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Odontoma
- Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados)
- Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos / Cartilaginosos na Mandíbula / Maxila
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial
- Tunelização
- Ulectomia / Ulotomia

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- **Titular:** CPF, RG, Comprovante de Endereço, número do PIS, Declaração de Renda(exceto pagamentos no cartão).
- **Dependentes:** CPF, RG, Certidão de Nascimento (caso menor), Certidão de Casamento.

* Cartão Nacional de Saúde



INSCRIÇÃO: R\$17,69

MENSALIDADE: R\$ 41,08

Período de Campanha 21.07.2022 à 20.08.2022

Utilização: 01/09/2022

Nome Comercial:

Pré-pagamento – Coletivo Empresarial - Master
Registro de Produto ANS nº: 428.608/99-1

Responsável Técnico

Drª. Nívea Célia Bonadio Coelho – CRO 13162

FICHA CADASTRO DE BENEFICIÁRIO

INCLUSÃO () EXCLUSÃO () () 2ª VIA CARTÃO () ALTERAÇÃO DE _____
() TITULAR () DEPENDENTE

EMPRESA: _____

DADOS DO TITULAR

Nome: (Sem abreviação) _____ Sexo () Masc. () Fem.
CPF: _____ RG: _____
CNS: (Cartão Nacional de Saúde) _____
Data de Nascimento: _____
Tel.: _____ Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Nome da mãe: _____
E-mail: _____

Dados dos Dependentes

Nome: _____ Parentesco: _____
Data Nascimento: _____ RG: _____ CPF: _____
Nome da mãe: _____
CNS (Cartão Nacional da Saúde) _____

Nome: _____ Parentesco: _____
Data Nascimento: _____ RG: _____ CPF: _____
Nome da mãe: _____
CNS (Cartão Nacional da Saúde) _____

Nome: _____ Parentesco: _____
Data Nascimento: _____ RG: _____ CPF: _____
Nome da mãe: _____ CNS (Cartão Nacional da Saúde) _____

Nome: _____ Parentesco: _____
Data Nascimento: _____ RG: _____ CPF: _____
Nome da mãe: _____
CNS (Cartão Nacional da Saúde) _____

ESTOU CIENTE QUE O TEMPO MÍNIMO DE PERMANÊNCIA É DE 12 (DOZE) MESES NO PLANO ODONTOLÓGICO, NO CASO DE DESISTÊNCIA ESTAREI SUJEITO A MULTA CONTRATUAL.

Assinatura Beneficiário Titular

Carimbo e Assinatura empresa

____/____/____
Data