INFORMATIVO DO BENEFICIÁRIO

PLANO INDIVIDUAL E FAMILIAR – Produto (Reg.): 465.865/11-5

ROL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS AMBULATORIAIS

Atualizado pela Resolução Normativa (ANS) nº 465 de 24/02/2021

COBERTURA:

Urgência / Emergência: Redução de luxação da ATM; Colagem de Fragmentos Dentários; Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático; Imobilização Dentária; Pulpotomia; Recimentação de Peça / Trabalho Protético; Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção; Tratamento de Odontalgia Aguda. **Consulta Odontológica:** Consulta Odontológica Inicial; Consulta odontológica de Urgência. **Condicionamento:** Condicionamento em Odontologia. **Radiologia:** Radiografia Interproximal (Bite-Wing); Radiografia Oclusal. **Radiografia Especializada:** Radiografia Panorâmica de Mandíbula / Maxila (Ortopantomografia); Radiografia Periapical serie completa. **Prevenção Odontológica**: Atividade Educativa em Saúde Bucal; Profilaxia – Polimento Coronário; Aplicação de Cariostático; Aplicação de Selante; Aplicação Tópica de Fluór; Remineralização Dentária; Teste de PH Salivar (Acidez Salivar); Teste de Fluxo Salivar. **Dentística:** Adequação do Meio Bucal; Ajuste Oclusal; 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. **Endodontia:** Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final; Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal; Remoção de Núcleo Intra-Canal; Remoção de Peça / Trabalho Protético; Retratamento Endodôntico em dentes permanentes; Tratamento de Perfuração (Radicular / Câmara Pulpar); Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta; Tratamento Endodôntico em Dentes Decíduos; Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes. **Periodontia:** Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana); Dessensibilização Dentária; Aumento de Coroa Clínica; 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; Tunelização. **Prótese**: Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino / Provisório para Repato de Restauração Metálica Fundida (RMF); Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato; Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária –Inclui Peça Protética; Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária – Inclui peça Protética; Reabilitação com Núcleo Metálico Fundido / Núcleo Pré-Fabricado – Inclui Peça Protética; Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária – Inclui Peça Protética. **Patologia Odontológica** (Exame): Procedimento Diagnóstico Anatomopatológico (Em peça Cirúrgica material de Punção / Biópsia e Citologia Esfoliativa da Região Buco-Maxilo-Facial). **Cirúrgia:** Biópsia de Lábio; Frenotomia / Frenectomia Labial; Alveoloplastia; Amputação Radicular com ou sem obturação retrógrada; Apicetomia com ou sem obturação retrógrada; Aprofundamento / Aumento de Vestíbulo; Biópsia de Boca; Bridectomia / Bridotomia; Cirurgia para Tórus / Exostose; Cirúrgia Periodontal a Retalho; Exodontia a Retalho; Exodontia de Raiz Residual; Exodontia Simples de Decíduo; Exodontia Simples de Permanente; Odonto-Secção; Punção Aspirativa com Agulha Fina / Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da região Buco-Maxilo-Facial; Redução de Fratura Alvéolo Dentaria; 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 de Abscesso Periodontal; Tratamento de Alveolite; Ulectomia / Ulotomia; Biópsia de Língua; Frenotomia / Frenectomia Lingual; Biópsia de Glândula Salivar; Exérese ou Excisão de Mucocele , Rânula ou Cálculo Salivar; Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial; Biópsia de Mandíbula / Maxila; Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução; Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos / Cartilaginosos na Mandíbula / Maxila; Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula / Maxila;

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
DO TITULAR:
CPF, Cédula de Identidade e Comprovante de Residência.
DO DEPENDENTE
CPF, RG ou Certidão de Nascimento, (menor de idade), certidão de casamento ou declaração de união estável.
GRAU DE PARENTESCO (com o Titular Contratante)
Genitores, Cônjuges, Companheiro, Filhos, enteados e netos.

CARÊNCIA	
Especialidades	**Dias de Carência**
Urgência/Emergência	00
Consulta	30
Radiologia	30
Prevenção	30
Patologia (Exame)	30
Dentística	60
Radiologia Especializada	90
Cirurgia	90
Periodontia	90
Condicionamento	90
Endodontia	120
Prótese Unitária	180

PREÇOS	
PLANO INDIV. E FAMILIAR	**Preços**
01 Pessoa	R$ 70,00
02 Pessoas	R$ 90,00
03 Pessoas	R$ 135,00
04 Pessoas	R$ 180,00
05 Pessoas	R$ 225,00
06 Pessoas	R$ 270,00
+ Taxa de Inscrição	
Plano Individual/Familiar	
R$ 10,00 (Dez reais)	
Taxa única cobrada somente na adesão do Plano por Contrato.	

Para Contratar este plano entre em contato com nossa central de atendimento pelos telefones ou e-mail citados no rodapé deste informativo.
UNIODONTO BELÉM, solução em saúde bucal.